

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係

健康保険限度額適用認定申請書

制度の内容はこちらからご確認ください。

被保険者証	記号	9000		番号	1
被保険者	氏名	木材太郎 印			
	生年月日	昭和 平成	41年 4月 10日		
	住所	〒 135-0042	江東区木場 〇-〇-〇		
事業所	名称	株式会社 木材商店			
	所在地	江東区東陽 〇-〇-〇			
	連絡先TEL	勤務先	03(3648)〇〇〇〇	自宅	03(3647)〇〇〇〇
適用対象者	氏名	木材太郎			
	生年月日	昭和 平成	41年 4月 10日		
	被保険者との続柄	本人		性別	男・女
	住所	〒 135-0042	江東区木場 〇-〇-〇		

この申請は(疾病・ケガ)のため
該当する方に○をしてください。

平成 〇年 〇月 〇日

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

受付印

