

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

被保険者証	記号				番号	
被保険者	氏名	印				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	住所	〒				
事業所	名称					
	所在地					
	連絡先	勤務先		自宅		
適用対象者	氏名					
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者との続柄			性別	男・女	
	住所	〒				

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 年 月 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

