

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

健康保険限度額適用認定証交付申請書

令和      年      月      日

|             |                                         |                                    |  |
|-------------|-----------------------------------------|------------------------------------|--|
| 被保険者証 記号・番号 |                                         |                                    |  |
| 事業所         | 名 称                                     |                                    |  |
|             | 所 在 地                                   | 〒                                  |  |
| 被保険者        | 住 所                                     | 〒                                  |  |
|             | 氏 名                                     |                                    |  |
|             | 生年月日                                    | 昭和    ・    平成      年      月      日 |  |
| 適用対象者       | 氏 名                                     |                                    |  |
|             | 生年月日                                    | 昭和・平成・令和      年      月      日      |  |
|             | 被保険者との続柄                                |                                    |  |
|             | 住 所<br><small>(被保険者と住所が異なる場合記載)</small> | 〒                                  |  |
|             | 対象年月                                    | 令和      年      月 より                |  |

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。

／ 受付年月日  ＼