

常務理事	事務長	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			資格取得 年月日	平成 年 月 日 令和
事業所	名称			
	所在地			
被保険者氏名			生年月日	昭 平 年 月 日
適用対象者 氏名 (続柄)			生年月日	昭 平 令 年 月 日
被保険者 (適用対象者) の住所	〒 ()			

令和 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。

受付日付印

※健保記入欄

交付年月日	令和 年 月 日
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	