

決 裁		令和 年 月 日				
常務理事	事 務 長	業務部長	業務課長	業務係長	業務主任	担 当 者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号・番号		(記 号)		(番 号)		
被 保 険 者	氏 名 及 び 印	Ⓜ				
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日				
事 業 所	名 称					
	所 在 地					
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		性 別	男 ・ 女		
被保険者（適用対象者） の 住 所		〒 — TEL ()				

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。

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印