

健 保	常務理事	事務長	1	2	担 当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		000 - 0000				
被保険者	氏 名	三 菱 太 郎 (三印)		事業所	名 称	〇〇〇〇
	生年月日	昭・平 〇〇年 〇月 〇日			所在地	〇〇県〇〇市××町1-1
適用対象者	氏 名	三 菱 太 郎		被保険者との続柄		本人
	生年月日	昭・平 〇〇年 〇月 〇日		性 別	(男) ・ 女	
被保険者(適用対象者)の住所			〇〇県〇〇市〇〇町1-1			

* 限度額適用認定証の有効期限は最長1年間です。これを超える場合は再申請が必要となります。

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。

【健保使用欄】

()
受付年月日

発効年月日	平成	年	月	日
有効期限	平成	年	月	日
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ			