

常務理事	事務局長	部 長	課 長	課長補佐	係 長	係

健康保険限度額適用認定申請書

※ 太わく内のみご記入下さい。

標準報酬月額	
決定年月	年 月
千円	

被保険者証の記号・番号		—			
被 保 険 者	氏 名	年 月 日	事 業 所	名 称	
	生年月日	年 月 日		所 在 地	
適 用 対 象 者	氏 名		被保険者との続柄		
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
被保険者(適用対象者)の住所		〒 —			

上記のとおり健康保険限度額適用認定証を申請します。

平成 年 月 日

(受付日付印)