

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	印	事業所	名称	
	生年月日	年 月 日		住所	
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の交付を申請します。

令和 年 月 日

受付日付印