

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号番号	—		事業所	本社・岡工・緑工・知工・幸工・六工 高工・田工・九州・平泉・任継
被保険者	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
適用対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	続柄		性別	男 ・ 女
療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
備 考				

※有効期限は、発効年月日より最長1年間。療養予定期間の記載がない場合、受付した月の1日から1年間。

【添付書類】 適用対象者の健康保険被保険者証のコピー

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

(〒 —)

住所

被保険者

氏名

印

※健保処理欄（ここから下は記入しないでください）

交付年月日

令和 年 月 日

健保受付印

常務理事	事務長	担当者

送付日

送付先 事業所・自宅