

伺年月日	令和	年	月	日
決議年月日	令和	年	月	日
発行年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ			

常務理事	事務長	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			社員No.	
被保険者	氏名		所属コード	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	所属名称	
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
適用対象者の住所				

被保険者のマイナンバー(12桁)
(健康保険被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

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。

