

決議	年	月	日	標準報酬月額	千円
常務理事	事務長	担当者		適用区分	A ・ B
				認定証回収日	

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		—			
被 保 険 者	氏 名	印	事業所名称		
	生年月日	年	月	日	所属部署名
	住 所	〒 (TEL)			
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
入 院 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (見込み)				
認 定 証 送 付 先	事業所 ・ 自宅 その他 ()	〒 (TEL)			

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。