

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		〇〇-〇〇〇〇〇			
被保険者	氏名	健保太郎 印	事業所名称	伊藤ハム株式会社	
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	所属部署名	〇〇〇〇〇	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇番地〇〇 (TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
適用対象者	氏名	健保花子	被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	性別	男 ・ 女	
入院期間	平成〇〇年 〇月 〇日 ~ 平成〇〇年 〇月 〇日 (見込み)				
認定証送付先	事業所 ・ 自宅 その他(妻の実家)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 (〇〇様方) (TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			

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。