

健康 保 記 入 欄	標準報酬月額	千円							
	適用区分	上位		一般			常務理事	事務長	担当
		ア	イ	ウ	エ				
	発効年月日	年	月	日					
有効期限	年	月	日						

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

(注)押印漏れが多いです。必ず押印をお願いいたします。

提出日	年	月	日	*被保険者氏名に本人が自署した場合、押印は不要です。						
被保険者証 記号番号	記号	被保険者氏名		フリガナ	生年月日			年	月	日
	番号				㊟					
被保険者 住所	〒			所属及び 部署名						
	電話	()			電話	()				
適用対象者 氏名 (限度額証を 使用する人)	フリガナ			被保険者 との続柄	適用 対象者 生年月日			年	月	日
入院・通院 予定期間	年			月	日					
認定証 送付先	*被保険者の住所と同じ場合は記入不要です。									
	〒									
	受取人または 送付先名称			連絡先 (電話)						

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。

【送付先】

郵送の場合 : 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室
大気社グループ健康保険組合

受付日付印