

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

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	昭和 ・ 平成	年	月	日
	番号		⑩								
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	昭和 平成 令和	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、記入の不要です。										
	〒										
	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