

健康保険組合記入欄

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

提出日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 ケンポ タロウ	生年月日	昭和 平成	年	月	日	5	5	0	8	0	7	
	番号 △△△△		健保 太郎 (印)												
被保険者 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所をご記入ください			所属及び 部署名	〇〇〇〇〇〇部										
	電話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇				電話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇										
適用対象者 氏名 (限度額証を 使用する人)	フリガナ ケンポ ハナコ	被保険者 との続柄	妻	適用 対象者 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	5	5	0	6	2	8	
	健保 花子														
入院・通院 予定期間	令和 1 年 5 月 5 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。 〒 被保険者住所と送付先住所が異なる場合にご記入下さい														
	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