

決 裁	常務理事	業務課長	係長	係	標準報酬月額	千円
					区分	

## 健康保険限度額適用認定申請書

令和 年 月 日提出

被保険者証	記号	番 号	氏 名	⑩		
	—		生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
被保険者の住所	〒 —		電話 — —			
— 県		— 市				
事業所の名称				所属店名等		
適用を受けようとする者の氏名	男・女				被保険者との続柄	
昭和・平成・令和 年 月 日生						
入院(療養)の予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					

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。

受付日付印