

標準報酬月額	千円	決議 年 月 日		
適用区分	ア・イ・ウ・エ	常務理事	事務長	担当者
認定証回収日	年 月 日			

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		—		
被 保 険 者	氏 名	Ⓜ	事業所名称	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	所属部署名	
	住 所	〒 (TEL)		
適用対象者	氏 名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	性 別	男 ・ 女
入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (見込み)			
認定証送付先	事業所 ・ 自宅 その他 ()	〒 (TEL)		

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。