

健保記入欄

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		〇〇-〇〇〇〇〇		
被保険者	氏名	健保太郎 印	事業所名称	伊藤ハム株式会社
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日 平成	所属部署名	〇〇〇〇〇
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇-〇〇 (TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)		
適用対象者	氏名	健保花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日 平成	性別	男・女
入院期間	平成〇〇年〇月〇日 ~ 平成〇〇年〇月〇日 (見込み)			
認定証送付先	事業所・自宅 その他(妻の実家)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 (〇〇様方) (TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)		

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。