

常務理事	事務長	担当

資格	資格取得日	年	月	日
	扶養認定日	年	月	日

健康保険 限度額適用認定申請書

記号・番号	.		事業所	名称				
被保険者氏名				所在地				
適用対象者	氏名				性別	男・女		
	生年月日	年 月 日			被保険者との続柄			
	個人番号 (マイナンバー)							

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

年 月 日

〒

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ (印)

受付日付印