

同年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日

課長	課長補佐	担当者

健康保険 限度額適用認定 申請書

◎この届出書に記載されている個人情報はこの届出書の処理のみに利用し、第三者には提供いたしません。

被保険者証	記号	123	番号	4567	事業所名(または勤務していた事業所名)	
被保険者	氏名	東食 太郎		名称	会社名	
	生年月日	昭 平	60年 6月 6日	日中連絡のつく電話番号	090-0000-0000	
対象者 (療養を受ける方)	氏名	東食 花子		被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭 平 令	63年 7月 7日			
被保険者(対象者)の住所		〒110-8611 東京都台東区東上野2丁目〇—△ ミラノマンション1010			電話	03-3833-〇〇××
希望送付先の住所 <small>送付先の宛名を詳しく明記してください。 例)〇〇病院〇棟(※)・〇〇様方・〇〇会社 ※病院に送付希望の方は、病院に了解を得たうえで誰に了解を得たかも記入してください。</small>		〒189-00×× 東京都台東区上町1丁目×—△ 〇荘 〇〇様方			電話	03-3833-〇〇×△
備考	送付先は妻の実家					

令和 年 月 日提出

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。

【健康保険組合処理欄】

昭 平 令	被保険者資格取得年月日 (被扶養者認定年月日)	標準報酬月額 千円	適用区分			
	年 月 日		ア	イ	ウ	エ

受付年月日