

受付年月日	令和 年 月 日
伺年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分 (何れかに○印)	ア イ ウ エ オ

決裁					
被保険者	資格取得日	昭平令 年 月 日			
被扶養者	認定年月日	昭平令 年 月 日			
備考					

*上記枠内は記入しないで下さい。

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		記号	2800	番号	0000
事業所の名称		000000株式会社			
被保険者氏名		青梅 慎之介			
限度額適用者 対 象	氏名	青梅 小百合	男・女	続柄	妻
	生年月日	昭和 平成 令和	00	年	00
	住所	00県00市00 △丁目△△番地△号			
医療機関の 名称・所在地	名称	00市立総合病院			
	所在地	00県00市00 △丁目△△番地△号			
	入院・外来	入院	(入院予定日：令和 00 年 00 月 00 日) 外来		

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。

令和 00 年 00 月 00 日

住所 00市00 △丁目△△番地△号

被保険者の氏名 青梅 慎之介

電話 0000 (00) 0000

日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿