

常務理事	事務長	係員

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号・番号	—	事業所 名 称	
被保険者 氏 名	Ⓜ	生年月日	昭和・平成 年 月 日
適用対象者 氏 名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
被保険者 との続柄		性 別	男・女
被保険者 (適用対象者) 住 所			
ご使用予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
交付期間 (ご使用予定月の 1日から半年間)	年 月 ～ 半年		

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

年 月 日

被保険者
氏 名

Ⓜ

日本工営健康保険組合理事長 殿