

常務理事	事	記入例

健康保険限度額適用認定申請書

*下記の通り申請致します。

提出日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
記号・番号	○ ○ - ○ ○ ○ ○		
事業所名	任意継続、特例退職被保険者の方は記載不要です		
	○ ○ 株式会社		
所 属	任意継続、特例退職被保険者の方は記載不要です		
	○ ○ ○ ○ 課		
被保険者	氏 名	健保 太郎 ⑩	
	生年月日	昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	住 所	〒○○○-○○○○ 大阪市○○区○○町○丁目○番地 TEL (○○) ○○ - ○○○○	
適用対象者 (被保険者の場合は 記入不要。)	氏 名	健保 花子	
	生年月日	昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	性 別	男 ・ 女	
	被保険者との続柄	妻	
入院医療機関	名 称	○ ○ 病院	
	所在地	〒○○○-○○○○ 大阪市○○区○○町○○番地 TEL (○○) ○○ - ○○○○	
交付必要期間 (入院予定期間等)	(自)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	(至)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	

所 属	課長	係長	係

受 付 印

