

健康保険限度額適用認定申請書

油研健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

下記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請致します。

【被保険者】

記号		番号		氏名		印	性別	男・女
住所	〒							

【適用対象者】

氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
		続柄			
住所	〒 ※上記被保険者現住所と相違する場合に記入のこと				

【入院または通院する医療機関】

名称					
所在地	〒 (電話)				
発行希望期間 (最長1年)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				

< 健保使用欄 >

申請受付日	年 月 日	適用区分	常務理事	事務長	担当
証交付日	年 月 日	ア・イ・ウ・エ			
有効年月日	年 月 日	多数該当			
標準報酬月額	千円	有・無			