

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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	000	番号	0000	氏名	健保 太郎	性別	男・女
住所	〒 000-000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1						

【適用対象者】

氏名	健保 一郎	性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和
		続柄	長男		〇〇年 6月 1日
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	〇〇〇〇病院				
所在地	〒 000-000 〇〇県〇〇市〇〇町2 (電話 000-000-0000)				
発行希望期間 (最長1年)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				

< 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			