

健康保険限度額適用認定申請書

朝信健康保険組合理事長 殿

被保険者証記号番号		—		
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		
	続 柄		性 別	男 ・ 女
	住 所	電話番号		
必 要 交 付 期 間 (入院予定期間)		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 末 日		

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 年 月 日

事業所所在地 名 称 事 業 主 氏 名 電 話	ⓑ
-----------------------------------	---