

常務理事	係員

処理日 . . .

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険被保険者証 の記号・番号		—			
被保険者	氏 名		事業所	名称	
	生年月日			所在地	
	住所及び 電話番号	〒 - TEL ()			
認定 対象者	氏 名		被保険者との続柄		
	生年月日	S・H・R . .	性 別	男 . 女	
療養の予定期間	年 月 日から 年 月 日頃				
療養予定の医療機関	名 称				
	住 所				
※郵送希望の場合※ (通常は事業所へ送付)	住所	〒 -			
	宛名				

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。

_____年 月 日

大真空健康保険組合理事長 殿

被保険者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)