

常務理事	事務長	課長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号・番号			
被保険者	氏名	⑩	
	生年月日	昭・平	年 月 日
事業所	名称		
	所在地		
適用対象者	氏名		
	生年月日	昭・平・令	年 月 日
	被保険者との続柄		性別 男・女
被保険者の住所		〒	
電話番号		TEL	
送付希望先の住所・宛名 (被保険者と同じ場合は、省略可)		〒	
電話番号		TEL	
被保険者住所と送付先が異なる理由			

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

岐阜繊維健康保険組合 理事長 様

- ※ この申請は、適用対象者ごとに提出して下さい。
- ※ 申請書受付月より前の限度額適用認定証の交付は原則できません。
希望される方は、保険組合へご相談ください。

