

健康保険限度額適用認定申請書

理事長	常務理事	事務長	担当	担当

被保険者記号番号 (被保険者手帳記号番号)							
被保険者	氏名			事業所	名称		
	生年月日	年	月		日	所在地	
適用対象者	氏名			被保険者との続柄			
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女	
被保険者(適用対象者)の住所							

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

飯野健康保険組合 理事長殿

