

決	常務理事	事務長	係
議			

健康保険限度額適用認定申請書

記号 番号		記 号	番 号		
事業所の名称		被保険者（本人）について記入			
被保険者氏名					
限 度 額 適 用 対 象 者	氏 名			男 ・ 女	続柄
	生年月日	昭和	対象者について記入（本人の場合は不要）		
	住 所				
療養（予定）期間		令和 年 月 ～ 令和 年 月まで ※最長1年です。			
限度額適用認定証送付先		送付は社内便となります。（急ぎの場合を除く）			

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

〒

住 所	}	被保険者（本人）記入
被保険者の 氏 名		
電 話 ()		

山善健康保険組合 理事長 殿

枠の中はすべて記入してください。