

供 覧	常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証の 記号番号	記号	番号						
	氏名	④		生年月日	昭和 平成 年 月 日				
	住所	〒 Tel							
適 用 対 象 者	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和					
	被保険者 との続柄		入院開始 年月日	令和 年 月 日 (入院予定がある場合のみ記入)					
希 望 送 付 先	* 希望する送付先を一箇所のみ、記入してください								
	職場宛	職場名							
	自宅宛	住 所	〒						
		宛 名							
		電話番号	Tel						
	その他	具体的に							
保 険 者 名	所在地	愛知県安城市住吉町 3 丁目 1 1 番 8 号 マキタ健康保険組合 Tel 0566－97－1715							

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。

※健 保 記 入 欄	発 効 年 月 日	令和 年 月 日	受付年月日
	有 効 期 限	令和 年 月 日	
	適 用 区 分		