

		起案年月日						
決裁	常務理事	事務長	主担者		係員			
	標準報酬月額	千円	適用区分	ア・イ・ウ・エ				
	適用期限	平成	年	月	日	～	年	月

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者	被保険者証 記号・番号					
	事業所名(所属部署名)			内線		
	氏名				男 ・ 女	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日				
	住所	〒 - TEL () -				
適用対象者	氏名				男 ・ 女	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日				
	住所	〒 - TEL () -				
適用予定期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				
医療機関	名称					
	所在地	TEL () -				

*第三者行為(交通事故等)の場合は、別途「健康保険組合」までご連絡下さい。

ダイヘン 健康保険組合理事長殿

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。

平成 年 月 日

被保険者氏名 _____