

健康保険限度額適用認定申請書

年 月 日

法令出版健康保険組合  
理事長 殿

下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。

被保険者等記号・番号		—	事業所	名 称	
被 保 険 者	氏 名			所在地	
	生年月日	S・H・R 年 月 日		送付先	
適用対象者	氏 名		被保険者との続柄		
	生年月日	S・H・R 年 月 日	性 別		男 ・ 女
被保険者（適用対象者）の住所		〒			

※ 申請は、適用対象者ごとに行うこと。

受付年月日

