

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		一		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

