

健康保険限度額適用認定申請書

令和 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。

被保険者証記号・番号		—			
被 保 険 者	氏 名	印		事 業 所	名 称
	生年月日	S・H・R	年 月 日		所 在 地
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			〒		

※ 申請者は、適用対象者の被保険者証コピーを添付のうえ申請すること。

※ 申請は、適用対象者ごとに行うこと。

受付年月日

