

	常務理事			担当者

マルハニチロ健康保険組合御中

令和 年 月 日

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		記号		番号	
被保険者	氏 名				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日
事業所名称					
所在地					
適用対象者 (使用者)	氏 名				
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	続 柄		性 別	男・女	
適用対象者の住所		〒			
希望認定年月		令和	年	月	～令和 年 月

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。