

	常務理事			担当者

マルハニチロ健康保険組合御中

令和 1年 6月 1日

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、右上角に記載してください。

被保険者証記号番号	記号	1	番号	100001
被保険者	氏名	健保一郎 ⑩		
	生年月日	昭和 平成	50年 6月 1日	
事業所名称		マルハニチロ株式会社		
所在地		東京都江東区豊洲3-2-20		
適用対象者 (使用者)	氏名	健保花子		
	生年月日	昭和 平成 令和	51年 4月 2日	
	続柄	妻	性別	男・女
適用対象者の住所		〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都江東区〇〇〇〇		
希望認定年月		令和 1年 6月～令和 1年 9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。