	常務理事			担当者

マルハニチロ健康保険組合御中

令和　6年　12月　20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	1	番号	100001
被保険者	氏　　名	健　保　一　郎			
	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		〒○○○-○○○○ 東京都江東区○○○○			
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。