

健康保険限度額適用認定申請書

記号		被保険者 氏名	⑩
番号		生年月日	S H 年 月 日
会社名			
適用対象者	氏名		被保険者との続柄
	生年月日	S H 年 月 日	性別 男 女
被保険者(適用対象者)の住所		〒 - - ☎ - -	
認定証送付希望場所 (番号に○をつけてください)		1. 事業所	
		2. 被保険者(適用対象者)の住所	
		3. その他	
3を選んだ方のみ記入	住所	〒 - - ☎ - -	
	名称		
療養予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
※療養期間は、8月末日で区切り、9月1日以降と分けて申請してください		外来 ・ 入院 (※調剤含む)	

令和 年 月 日

上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。

[受付日付印]

組合使用欄

理事長	常務理事	事務長		係員

サザビーリーグ健康保険組合