

常務理事	事務長	担当者	担当者

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者氏名		生年月日				
	—				昭 平	年 月 日			
	事業所名			所属					
				TEL.					
				部 課 係					
	被保険者の住所	〒 TEL							
	適 用 対 象 者	氏 名			生年月日	昭 平	年 月 日		
		性 別	男 ・ 女		被保険者との続柄				
		住 所							
		入院の保険医療機関	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td>名 称</td> </tr> <tr> <td></td> <td>所在地</td> </tr> </table>						名 称
	名 称								
	所在地								
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日 富士重工業健康保険組合 殿</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ 印 _____</p>									

健 保 記 入	交付年月日	平成 年 月 日
	発効年月日	平成 年 月 日
	有効期限	平成 年 月 日
	適用区分	A ・ B