

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	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