

健康保険限度額適用認定申請書

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

平成 XX 年 10 月 1 日 提出			受付日付印 伺 平成 年 月 日 常務理事 事務長 係	
被保険者証の 記号と番号	記号 1010	番号 22345		
被保険者	氏名 日無 花子 (印)	事業所 名称 日本無線(株) 所在地 東京都中野区中野4-10-1		
	生年月日 昭平 XX 年 3 月 15 日			
適用対象者	氏名 日無 花子	被保険者との続柄 本人		
	生年月日 昭平 XX 年 3 月 15 日	性別 男 ・ (女)		
被保険者(適用対象者)の住所		〒 181-0004 三鷹市新川5-10-20		
使用開始月 ※有効期限は1ヵ月単位、3ヵ月間です。		平成 XX 年 10 月 から使用		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	<各会社の健康保険担当部門(人事部・総務部など)へご提出ください> 事業所の証明 印			

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。

※下記に該当する場合は必ずご返却ください。

- ・有効期限に達したとき
- ・資格喪失をしたとき