

常務理事	事務長	課長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号・番号		被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日	
事業所	名称			
	所在地			
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭 平 年 月 日	性別	男・女
被保険者（適用対象者）の住所		〒 —		
<p>▼必ず記入してください。 《同意欄》1・2のいずれかを記入してください。</p> <p>1. 私は、この申請に係る健保組合からの問い合わせ・認定証の受領を事業所の健保担当者を通じて行うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 _____ ⑩</p> <p>2. 同意しない。（同意されない方は、上記の被保険者住所へ認定証を送付いたします。） ※ 同意されない方は、下記に平日（9時～17時）に連絡の取れる電話番号を記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人（勤務先／携帯／自宅） ・ 家族（氏名 _____）（携帯／自宅） <p style="text-align: center;">電話番号 _____（_____）</p>				

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

⑩

倉庫業健康保険組合 殿

受 付 年 月 日

<健保組合記入欄>

適用区分		有効期限	平成 年 月 日
------	--	------	----------