

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者証番号		1 - 5 0 3	
被保険者	氏 名	鈴木 太郎 ◎印	
	生年月日	昭和43年4月26日	
適用対象者	氏 名		
	生年月日		
被保険者との続柄	本人	性 別	男
被保険者（適用対象者）の住所・電話番号 〒 1 1 1 - 1 1 1 1 TEL : 1 1 1 - 1 1 1 1 - 2 2 2 2 静岡県清水区 1 1 1 1 1			
事業所記載欄 名称 所在地 事業主名 連絡先 印 平成 年 月 日提出			

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

鈴木健康保険組合御中