

# 記入例

決 裁		
常務理事	事務長	担 当

## 健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者	被保険者証の 記号 - 番号		11 - 1234567		← 保険証に記載されている内容 (番号は従業員番号と同じ)	
	被 保 険 者	氏名	日新 太郎	日新		名称
生年月日		元号●●年 4月 2日	事業所	所在地	京都市右京区梅津高畝町47	
交 付 対 象 者	適用対象者	氏名	日新 太郎		被保険者との続柄	本人
	生年月日	元号●●年 4月 2日	性別	男・女		
使用予定期間			元号●●年10月15日 から 元号●●年11月25日 まで			
被保険者(適用対象者)の住所			〒123-4657 〇〇市××区●●町△△番地			

※	申請代行者	氏 名	日新 花子	日新	被保険者との続柄
	申請代行者の連絡先	電話番号 ( 111 ) 222 - 3333			妻
	申請代行の理由	① 被保険者本人が入院中で外出できないため。 ② その他 ( )			

※ 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

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。

元号●●年10月15日

日新電機健康保険組合 理事長殿

