

健康保険限度額適用認定決議書

受付年月日	平成 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長		主 管	担当者
伺 年 月 日	平成 年 月 日						
決 裁 年 月 日	平成 年 月 日						
発 効 年 月 日	平成 年 月 日		被 保 険 者	資 格 取 得 日	平成 年 月 日		
有 効 期 限	平成 年 月 日		被 扶 養 者	認 定 年 月 日	平成 年 月 日		
適 用 区 分 (何れかに○印)	ア イ ウ エ オ		備 考				

*上記枠内は記入しないで下さい。

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号	記 号		番 号	
事業所の名称				
被保険者氏名				
限度額適用者 対 象	氏 名			男 ・ 女
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
	住 所			
医療機関の 名称・所在地	名 称			
	所 在 地			
	入院・外来	入院 (入院予定日: 年 月 日) 外来		

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。

平成 年 月 日

住 所

被保険者の 氏 名

Ⓜ

電 話 ()

日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿