

健康保険限度額適用認定決議書

受付年月日	平成 年 月 日
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
有効期限	平成 年 月 日
適用区分 (何れかに○印)	ア イ ウ エ オ

決裁	常務理事	事務長		主管	担当者
	被保険者	資格取得日	平成 年 月 日		
	被扶養者	認定年月日	平成 年 月 日		
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	2800	番号	0000
事業所の名称	000000株式会社			
被保険者氏名	青梅 慎之介			
限度額適用者 対象	氏名	青梅 小百合	男・ 女	続柄 妻
	生年月日	昭和 ・平成 00年00月00日		
	住所	00県00市00町00丁目00番地00号		
医療機関の 名称・所在地	名称	00市立総合病院		
	所在地	00市00町00丁目00番地00号		
	入院・外来	入院 (入院予定日: 00年00月00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 00年 00月 00日

住所 00市00町00丁目00番地00号

被保険者の氏名 青梅 慎之介



電話 0000 (00) 0000

日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿