

様式 1

健康保険組合		
常務理事	事務長	係員

近畿日本鉄道健康保険組合 御中

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者証記号番号		記号	〇 〇	番号	〇〇〇〇〇
被保険者	氏名	健 保 太 郎		事業所の名称	近畿日本鉄道株式会社
	生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇月〇〇日		
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇区〇〇〇丁目〇-〇〇			
適用対象者	氏名	健 保 康 子		被保険者との続柄	長 女
	生年月日	昭和 平成 令和	□年□□月□□日	性別	男 ・ 女
有効開始月		令和 1 年 11 月から有効分			

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。なお、この証が必要でなくなった場合は健康保険組合に返納いたします。

※ 健保組合記入欄

月 額 区 分	期 間
千 円	令和 年 月 日から
	令和 年 月 日まで