限度額適用認定申請書

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者証 記号・番号</td><td colspan="3">－</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">被保険者</td><td>氏名</td><td colspan="2">㊞</td><td rowspan="2">事業所</td><td>名称</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td>マイナンバー</td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2">被保険者証の記号番号を記入した場合は不要</td></tr>
<tr><td rowspan="2">適用対象者</td><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>被保険者との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>性別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者（適用対象者）の住所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">認定申請期間</td><td colspan="5">年　月　日　～　年　月　日</td></tr>
</table>

日本高周波鋼業健康保険組合　理事長　殿

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。

記入日：　年　月　日

付　年　月　日
受

日本高周波鋼業健康保険組合