

決 裁	常務理事		事務長		係	交付年月日		
						平成	年	月 日
	報酬 月額	千円	区分	ア・イ ウ・エ	有効期限	平成	年	月 日 ~ 平成 年 月 日迄

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		記号	番号		
被保険者	氏名			事業主	名称
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		所在地
適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者（適用対象者）の住所					
医療機関名					
通院・入院 予定期間 <small>（該当を○で囲む）</small>		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">トーエネック健康保険組合理事長殿</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 ..... 印</p>					

**\*注意** 認定証の有効期限に達したときは速やかに返却願います。