

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	

記入例

## 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		10		号		〇〇〇〇〇		保険証に記載されています	
被保険者	氏名	健康 太郎				事業主	名称	(株)トーエネック本店 (株)トーエネック〇〇支店 (株)トーエネックサービス 特例退職被保険者 任意継続被保険者			
	生年月日	昭和	平成 34年 2月 22日				所在地				
適用対象者	氏名	健康 花子				被保険者との続柄		妻			
	生年月日	昭和	平成 35年 5月 15日				性別	男 ・ 女			
被保険者（適用対象者）の住所				名古屋市〇〇区△△町3-9							
医療機関名				〇〇総合病院							
通院・入院 (該当を○で囲む)				予定期間 平成 27年 2月 10日 ~ 平成 27年 2月 25日							

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 27年 2月 5日

トーエネック健康保険組合理事長殿

被保険者氏名 健康太郎

健康

\*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。