

適用区分 ア・イ・ウ・エ・オ	標準報酬月額	千円	常務理事	事務長	担当者
起案	令和	年	月	日	NO.

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号 (被保険者手帳記号番号)		11-9999		
事業所	名称	ヤマザキマザック株式会社		
	所在地	愛知県丹羽郡大口町竹田一丁目131番地		
被保険者	氏名	健保 太郎 (印) 印		
	生年月日	(昭和)・平成 36年1月24日		
被保険者の住所		〒480-9999 丹羽郡大口町一丁目99番地		
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	(昭和)・平成・令和 38年7月4日	性別	男・(女)
適用対象者の住所		同上		
療養予定病院		マザック総合医療センター		
傷病名		慢性腎不全		
診療(入院)予定期間		令和 元年 7月 10日 ~ 令和 元年 7月 20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。				
令和 元年 7月 1日		ヤマザキマザック健康保険組合理事長殿		
被保険者名		健保 太郎 (印) 印		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

