

(被保険者→健康保険組合)

交付年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

決 定	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者		

健康保険限度額適用認定申請書

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

(被保険者)

住 所 _____

氏 名 _____

下記のとおり交付を申請します

被保険者証の 記号と番号	記号	番号	事業所 の名称			
適用対象者	氏 名		続 柄		性 別	男・女
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	住 所		
申 請 事 由						

~~~~~  
受付日付印