※決裁欄	玄	돈 付	年	月	日	年	月	日	常務	理事	事務長			係	員
	人	色效	年	月	日	年	月	日							
	世 本	ī :	氻	期	限	年	月	日							
	通	<u> </u>	<del></del>	区	分				備	考		-	-	-	

## 健康保険限度額適用認定申請書

## 被保険者(申請者)記入用

被		記号			番号				生年月日	年	月	日
被保険者情報	被保険者の (右づめ)								□ 昭和□ 平成□ 令和			
拟	氏名	(フリガナ)										
	住所	(〒	_		)		都道					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)			107 137					
認定対象者	療養を受ける方 被保険者の場合 は「同上」と記							生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和	年	月	B
欄	療養予定期間	令和	年	月	~ 令和	1 年		月		)場合、原則受効の証を発行		1日から
希	上記被保険者	 青報に記入	した住所と	別のところ	に送付を希	望する場合に	ご記入く	ださい	١,			
希望送付先	住所	(〒	_		)		(都) (道) (府) (県)					
先	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)			sis sis					
	宛名											
	記のとおり健康・				を申請しま <sup>っ</sup>	<b>†</b> 。	令和	年	月 	Ħ		2020 4)
·被		号を記入し	.た場合は不	 要です						B	(受付日付	2020.4) Ep
·被 ·マ	記のとおり健康を	号を記入し 載した場合	た場合は不は、個人番	 要です						B	-	