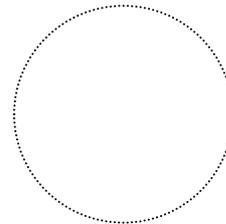


受付年月日



起案年月日	年 月 日	係 員	部 課 長	事務局 長	常務 理事
標準報酬月額	, 000				
適用区分	ア : イ : ウ エ : オ				
発行年月日	平成 年 月 日	備 考			
有効期限年月日	平成 年 月 日				
資格関係 照 合 済	年 月 日 取得 年 月 日 喪失				

健康保険限度額適用・標準負担額認定申請書

被 保 険 者 の 記 号 被 記 号 保 險 者 の 番 号	番 号	事 業 所 の 名 称	
被 保 険 者 の 氏 名	見 本 印	被 保 険 者 の 日 生 年 月	昭和 年 月 日 平成
被 保 険 者 の 住 所	〒		
申請用紙は事業所担当者までご請求ください。			
適 用 対 象 者 の 氏 名		生 年 月 日	平成 年 月 日 続 柄
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 年 月 日			
健康保険限度額適用に 関する事業主の証明	上記のとおり相違ないことを証明する。		事 業 主 住 所 氏 名 及 印