

同 年 月 日		令和 年 月 日		
常務理事	事務長	次長	課(係)長	係

健康保険限度額適用認定申請書

愛知県信用金庫健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

被保険者証記号番号		-		
被保険者	氏 名	(印)		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	事業所 所在地
適用対象者	氏 名	被保険者との続柄		性別 男・女
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	発効希望月 令和 年 月から
被保険者(適用対象者)の住所				

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

