

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

令和〇〇年〇月〇〇日

被保険者証記号番号		〇〇〇〇-1234				
被保険者	氏 名	信金 太郎 (印)	事業所	名 称	〇〇信用金庫	
	生年月日	昭和 平成 △△年△△月△日		所在地	△市△町〇〇-〇	
適用対象者	氏 名	信金 花子	被保険者との続柄	妻	性 別	男・(女)
	生年月日	昭和 平成 令和 〇〇年〇〇月〇日	発効希望月	令和〇〇年〇〇月から		
被保険者(適用対象者)の住所		〇〇市〇〇町〇〇番地〇				

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

提出が遅くなり遑って発行が必要な場合にのみ記入

※ 記入がない場合は受付月が発効月になります

