

健康保険限度額適用認定申請書

		常務理事	事務長	事務長代理	担当者					
所属(部・店名)										
被保険者	記号		番号		氏名	印				
	生年月日		年	月	日	事業所 名称				
適用対象者	氏名				事業所 所在					
	生年月日		年	月	日	性別	男・女			
適用対象者の住所				被保険者との続柄						
入院予定期間				年	月	日	～	年	月	日

※自署の場合は、押印不要

※予定日は分かる範囲で記入

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。

年 月 日

あいちフィナンシャルグループ健康保険組合理事長 殿

受付日付印