

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		事業所	名 称	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日		所在地	
適用対象者	氏 名		被保険者との続柄		
	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

