

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者	記号・番号	—			
	氏名			性別	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	連絡先	日中連絡のとれる電話（携帯）番号 ( )			
適 用 対 象 者	氏名		性別		続柄
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
使 用 目 的	<input type="checkbox"/> 入院（入院予定日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 外来（使用開始日 年 月 日）				
認 定 証 送 付 先  *原則 特定記録 で 送付いたします。	<input type="checkbox"/> 被保険者自宅 <input type="checkbox"/> その他送付希望住所 (〒 ) <input type="checkbox"/> 所属事業所（事業所名 )				
備 考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 〒 氏名 氏名 印 高島屋健康保険組合理事長 殿					

\* 健保記入欄

標準報酬月額	限度額区分
千円	

常務理事	事務長	課長	係	送付日

受 付 印