

音羽健康保険組合 殿

「音羽健康」	常務理事	事務長	係	「事業所」	係

健康保険限度額適用認定申請書

申請年月日： 年 月 日

被保険証 記号番号	—	事業所	
被保険者	氏名	印	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	男・女
適用対象者	氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	男・女
	被保険者との 続柄		
適用対象者の 住所			
入院開始(予定)日	平成 年 月 日 ~		

* 保険証のコピーを下記に添付してください

* 健保記入欄

発行年月日	平成 年 月 日
回収年月日	平成 年 月 日