

音羽健康保険組合 殿

「音羽健保」	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： 21 年 10 月 1 日

被保険証 記号番号	16 - 100	事業所	会社名
被保険者	氏名	音羽 一郎 印	
	生年月日	昭和 平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日	男・女
適用対象者	氏名	音羽 花子	
	生年月日	昭和 平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日	男・女
	被保険者との 続柄	妻	
適用対象者の 住所	東京都文京区〇〇町1-1		
入院開始(予定)日	平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 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