

組 合 決 裁 欄			
常務理事	事務長	係	係

大平洋金属健康保険組合理事長 殿

申請日 令和 年 月 日

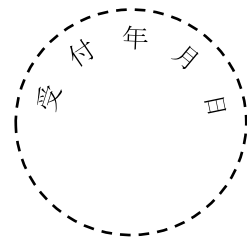
健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号							
被保険者	氏名			事業所	名称		
	生年月日 (和暦で記入)	年	月		日	所在地	
認定対象者	氏名			被保険者との続柄			
	生年月日 (和暦で記入)	年	月	日	性別	男 ・ 女	
認定対象者の住所		〒 -					
交付必要期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
<small>(主治医とご相談の上、入院予定期間などをご記入下さい。)</small>							

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。

(注意事項)

※ 被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者証記号番号」欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要です。)



(2021.02)