|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 常務理事 | | | | | | 事務長 | | | | | 係 | | | |
|  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 健康保険限度額適用認定証　交付申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | － | | 被保険者氏名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 被保険者のマイナンバー記載欄  （被保険者証の番号を記入した場合は不要です） | | |  |  |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |  | | |  |  |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 限度額適用対象者 | 氏名 |  | | | | | | | | | 続　柄 | | | |  | | | | | | |
| 生年月日 | 年 　　月 　　日 | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | 男・女 | | |
| 療養等の見込期間 | 年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで  入院　　・　　外来 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 会社（　　　）　　　－  自宅（　　　）　　　－  Ｅ－ＭＡＩＬ： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり限度額認定証の交付をお願いします。

　　　　年　　　月　　　日

〒　　　－

被保険者住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　自署の場合は押印を省略できます。

　（生年月日　　　　年　　　月　　　日）

イノアック健康保険組合理事長　殿