2017.6

常務理事	事務長	課　長	課長代理	係　長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者	被保険者証の記号・番号	41　—　25	事業所	名　称	コンディトライ㈱
	氏　名	鳥取　二郎　鳥取 印		所在地	中野区○○1-1-10
	生年月日	昭和 25 年 6 月 11 日			
	住所	〒 1 8 4 — 0 0 1 2　東京 都府 道県 小金井 市町 区村 ○○2-17-21		電話	(03) 3949 - 3003

適用対象者	氏　名	鳥取　光代	被保険者との続柄	妻
	生年月日	大正 昭和 平成 36 年 3 月 3 日	性　別	男 ・ 女

認定証提示(予定)医療機関 入院・外来　該当する方に○をしてください	入院	医療機関名　○○大学附属○○病院	入院(予定)期間	平成 29 年 6 月 ～ 29 年 7 月
	外来	医療機関名	(調剤薬局名)	

＊限度額適用認定証の送り先が、被保険者住所と別のところをご希望の場合にご記入ください。

認定証送付先	住所	〒　—　都府 道県　市町 区村	
	宛名		

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。

平成　　年　　月　　日

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付年月日