

年 月 日

ダイフク健康保険組合 御中

健康保険限度額適用認定申請

被保険者	氏 名	Ⓜ	被保険者証 記号 - 番号	—
	生年月日	年 月 日	事業所名称	
適用対象者	氏 名		被保険者との 続柄	
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
被保険者の住所	〒 —			
適用対象者の住所	〒 —			

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。

常務理事	事務長	担当者