

平成 XX 年 XX 月 XX 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書

被保険者	氏名	健保 太郎 ⑩		被保険者証 記号 - 番号	11 - 234567
	生年月日	S H. XX 年 XX 月 XX 日		事業所名称	株式会社ダイフク
適用対象者	氏名	健保 愛子		被保険者との 続柄	妻
	生年月日	S H. XX 年 XX 月 XX 日	性別	男	・ 女
被保険者の住所	〒 111 - 1111 〇〇県〇〇市△△町 1 - 2 - 3				
適用対象者の住所	〒 111 - 1111 〇〇県〇〇市△△町 1 - 2 - 3				

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