

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 (健)	被保険者証 記号 - 番号	11 - 234567
	生年月日	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	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