

蝶理健康保険組合 御中

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号・番号		—				
被保険者	氏名	⑩		事業所	名称	
	生年月日	年	月		日	所在地
適用対象者	氏名	被保険者との続柄				
	生年月日	年	月	日	性別	
被保険者(適用対象者)の住所		〒 —				
入院期間の見込み		年 月 日 ~ 年 月 日				
医療機関名						

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。

令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当	受付印	