

三ツ星ベルト健康保険組合		
常務理事	事務長	担 当

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者証記号番号		記号	-	番 号			
			-				
被 保 険 者	氏 名				事業所	名 称	
	生年月日	年	月	日		所 在 地	
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)							
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
適用対象者の住所		〒 ー					
交付必要期間 (入院予定期間などをご記入ください)		年 月 日 ～ 年 月 日					

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。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

