常務理	事務長	係

健康保険限度額適用認定交付申請書

記号ー番号		201-13893	生年月日	昭和 (平成) 令和 5 年 10 月 20 日
被保険者	氏　名	健保　太郎	電話番号	090 － 2180 － 7330
	住　所	〒 509 － 0206	岐阜 都道府県 可児 市区郡	
		土田1536番地		
適用対象者（被保険者の場合は記入不要）	氏　名	健保　花子	生年月日	昭和 (平成) 令和 8 年 11 月 22 日
	被保険者との続柄	妻	性　別	男 ・ (女)
入院日（入院予定日）又は外来受診日		令和 5 年 10 月 5 日		

送付先	1. 社内便	（事業所名称） 岐阜北工場	（職場名） SA製造部第一製造課第1係全装
	※原則社内便で送付します。社内便で受け取れない場合のみ下記を選択ください		
	2. 上記住所に送付		
	3. その他	〒 －	都道府県 市区郡
		（宛名）	電話 － －

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 5 年 10 月 2 日

カヤバ健康保険組合理事長　殿

受付年月日

【提出経路】　被保険者→事業担当者→カヤバ健康保険組合
被保険者→カヤバ健康保険組合（任継者のみ）

※健保使用欄

交付年月日	令和　年　月　日
有効期限	令和　年　月　日
適用区分	ア　イ　ウ　エ

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）