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－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		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
	被保険者との続柄		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）