

東邦ガス健康保険組合理事長殿

常務理事	事務長	担当者	

健康保険限度額適用認定申請書

所属長印
印

被保険者証	記号		番号	
被 保 険 者	氏名	印		
	生年月日	昭・平・令	年	月 日
事 業 所	名称			
	所在地			
適用対象者	氏名		被保険者 との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年	月 日 性別 男・女
被保険者（適用対象者）の住所				
当該認定書を 提出する 医療機関	名称			
	所在地			
	いずれかに○	入院・通院		
	入院または通院予定日	年 月 日～ 年 月 日		
当該認定書の送付先	所属課所・自宅・その他（下記へ送付先を記入）			
その他の場合の送付先	〒			

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。

年 月 日