

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	10	番号	1234
被保険者	氏名	東太郎		東印
	生年月日	昭・平・令 ○年○月○日		
事業所	名称	東邦ガス株式会社		
	所在地	名古屋市熱田区桜田町19番18号		
適用対象者	氏名	東花子	被保険者との続柄	長女
	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		名古屋市○区○○1-○○		
当該認定書を提出する医療機関	名称	○○クリニック		
	所在地	名古屋市○区○○町○-○		
	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	〒○○○-○○○○ 名古屋市○○区○○5-○			

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