

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決 裁		
常務理事	事務長	係

健康保険  
限度額適用認定  
申請書

被 保 険 者 の す る	記号		番号						
	氏名	男 女							
	生年月日	昭和・平成	年	月	日				
	住所	〒 - 電話番号 ( )							
所 属 す る	会社名		電話	( )					
	部室店名		内線	# -					
	課・グループ								
適 用 対 象 者 の	氏名	男 女		被 保 者 の 柄 と 続		診療 開始 年月	令和	年	月
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日				
	住所	〒 - 電話番号 ( )							

大和証券グループ健康保険組合理事長殿

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 年 月 日

被保険者氏名

印