

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 所 属 す る	記号	○	番号	○○○○○○○○
	氏名	大和 太郎 (男)		
	生年月日	昭和・平成 35年 5月 1日		
適 用 対 象 者 の	住所	〒○○○-○○○○ 電話番号 045 (○○○)○○○○ 神奈川県横浜市○○区○○町5-6-7 ○○マンション805		
	会社名	大和証券(株)	電話	03 (○○○○)○○○○
	部室店名	○○支店	内線	# ○○○ — ○○○○
適 用 対 象 者 の	課・グループ	管理課		
	氏名	大和 陽子 (女)	被 保 険 者 の 続 柄	妻
	生年月日	昭和・平成・令和 37年 7月 1日	診療 開始 年月	令和 元年 8 月
	住所	〒○○○-○○○○ 電話番号 045 (○○○)○○○○ 神奈川県横浜市○○区○○町5-6-7 ○○マンション805		

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 元 年 8 月 10 日

被保険者氏名

大和 太郎

(印)