

所得区分	ア	イ	ウ	エ	I	II
交付区分	新規		継続		区分変更	
適用期間	～					

処 理	年 月 日	
常務理事	事務局長	担 当

## 健康保険 限度額適用認定申請書

※太枠内及び提出年月日を記入して下さい。

被保険者証 記号番号	—	事業所名			
被保険者氏名			生年月日	昭・平	年 月 日
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
適用対象者の 住 所	〒 —				

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

東北しんきん健康保険組合理事長 殿