

申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付は
できません。日程に余裕を持ってご提出ください。

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

カゴメ健康保険組合 殿

記入例：本人

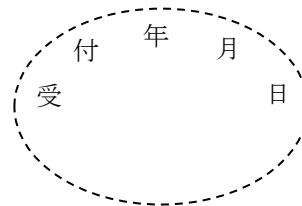
被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号番号	記号 10	番号 1234	
	氏名	竈目 太郎	生年 月日 昭和 平成 45年 6月 7日	
	住所	〒460-0000 名古屋市中区錦一丁目22-33		
	事業所	名称	カゴメ株式会社 ○○部	
		所在地	名古屋市中区錦三丁目14-15	

認 定 証 対 象 者 欄	氏名	本人	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	療養予定 期間	令和 2 年 8 月 ~ 令和 3 年 7 月			被保険者 との続柄		

※申請月の初日から最長で1年間になります。

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



常務理事	事務長	担当者

申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付は
できません。日程に余裕を持ってご提出ください。

健康保険限度額適用認定申請書

カゴメ健康保険組合 殿

記入例：家族

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号番号	記号 10	番号 1234	
	氏名	菟目 太郎	生年 月日 昭和 平成 45年 6月 7日	
	住所	〒460-0000 名古屋市中区錦一丁目22-33		
	事業所	名称	カゴメ株式会社 ○○部	
		所在地	名古屋市中区錦三丁目14-15	

認 定 証 対 象 者 欄	氏名	菟目 花子	生年 月日 昭和 平成 令和 48年 5月 6日
	療養予定 期間	令和 2年 8月 ~ 令和 3年 7月	被保険者 との続柄 妻

※申請月の初日から最長で1年間になります。

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

