

健康保険限度額適用認定申請書

		常務理事	事務長	事務長代理	担当者
所属(部・店名)					
被保険者	記号		番号	氏名	印
	生年月日	年	月	日	事業所名称 株式会社 あいち銀行
適用対象者	氏名				事業所所在 名古屋市中区栄三丁目14番12号
	生年月日	年	月	日	性別 男 ・ 女
適用対象者の住所				被保険者との続柄	
入院予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				

※自署の場合は、押印不要

※予定日は分かる範囲で記入

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

あいちフィナンシャルグループ健康保険組合理事長 殿

受付日付印