

健保使用欄

決裁年月日	令和 年 月 日	決 裁			
発 行 日	令和 年 月 日	常務理事	事 務 長	担 当	被扶養確認
発 効 日	令和 年 月 日				
有効期限	令和 年 月 日				
適用区分	ア イ ウ エ オ				

健康保険限度額適用認定申請書

令和 年 月 日

ジャックス健康保険組合理事長 殿

下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。

被保険者証記号番号		—	所属部店		
被保険者	氏 名		事 業 所	名 称	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	所 住 所		
適 用 対 象 者	氏 名		被保険者 との続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性 別	男 ・ 女	
適用対象者の住所		〒			
利用開始（予定）日		令和 年 月 日～			
備考					

※健康保険限度額適用認定証は原則所属部店への送付となります。他の場所への送付を希望する場合は備考欄にその旨を記載してください。

※個人番号を記載したい方は備考欄に記載できます。

受付年月日