

健保使用欄

決裁年月日	平成 年 月 日	決 裁			
発 行 日	平成 年 月 日	常務理事	事 務 長	担 当	被扶養確認
発 効 日	平成 年 月 日				
有効期限	平成 年 月 日				
適用区分	A (上位)・B (一般)				

健康保険限度額適用認定申請書

平成 24 年 10 月 23 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		〇〇 - 〇〇〇〇〇	所属部店		〇〇 支店
被保険者	氏 名	健保 太郎 印	事 業 所 住 所	株式会社ジャックス	
	生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇月 〇日		東京都渋谷区恵比寿 4-1-18	
適 用 対 象 者	氏 名	健保 太郎	被保険者 との続柄	本人	
	生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇月 〇日	性 別	男 ・ 女	
適用対象者の住所		〒 150-0013 東京都渋谷区恵比寿 4-1-〇〇			
利用開始（予定）日		平成 〇〇年 〇月 〇日～			

受付年月日