日本郵船健康保険組合　理事長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 決済日付 |  |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |

健康保険限度額適用認定証交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の記号番号 | 　11－ | 被保険者氏名 |  |
| 被保険者住所 | 〒　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　－　　　　－ |
| 事業所名 | 日本郵船株式会社 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定証交付対象者 |  | 続柄 |  |
| 交付対象者の生年月日 |  |
| マイナ保険証利用の有無 | 有　　　　・　　　　無 |
| 使用予定病院名 |  |
| 交付依頼理由 |  |
| 交付必要期間（入院予定期間など） | 　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |

上記の通り、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

受付日付印

R6(2024)/12