

※ 決裁	常務理事	事務長	係長	担当者	法定区分決定決議	
					標準報酬月額 千円	適用区分
起案年月日						

※ 印欄は記入しないでください。

健康保険 限度額適用認定証 申請書

認定証の発行を希望される者の氏名をご記入ください。

被保険者	記号・番号	6050 - 999	氏名	健康 太郎
	生年月日	昭和・平成 33 年 4 月 17 日		
	住所	〒601-0000 京都府〇〇〇〇〇 1 - 999		
適用対象者	氏名	健康 花子		
	生年月日	昭和・平成 35 年 6 月 10 日		
	住所	〒 同 上		
備考	※ 上記に記載された住所以外の送付を希望される場合（入院により自宅で受け取れない時等）は、こちらにご記入ください。			

事業所又はこちらに記入された住所に認定証を送付させていただきます。

上記のとおり申請いたします。

平成 27 年 4 月 8 日

京都府農協健康保険組合理事長 殿

〒601-0000
住所 京都府〇〇〇〇〇 1 - 999
被保険者
氏名 健康 太郎 印