

常務理事	事務長	担当者

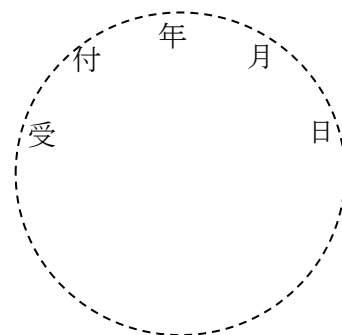
## 健康保険限度額適用認定申請書

FUJI健康保険組合理事長 殿

記号	1	1			番号					
被保険者	氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	
適用対象者	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	

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。

健保記入欄	有効期限	令和 年 月 日
	適用区分	



マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。