決議	常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

記号番号		記　号		番　号		
事業所の名称						
被保険者氏名						
限度額適用対象者	氏　　名		男 ・ 女	続柄		
	生年月日	昭和　平成　令和　　年　　月　　日				
	住　　所					
療養（予定）期間		令和　　年　　月　　～ 令和　　年　　月まで　※最長1年です。				
限度額適用認定証送付先						

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。

令和　　年　　月　　日

〒

住 所

被保険者の 氏 名

電 話　　（　　）

山善健康保険組合　理事長　殿

「マイナ保険証」を利用する場合は、こちらの提出は不要です。