

日付			
常務理事	事務長	係員	主務

年 月 日

山梨中央銀行健康保険組合 殿

「健康保険限度額適用認定証」交付申請書

被保険者等 番号・記号	記号	番号	被保険者の氏名 および生年月日		フリガナ	
					年 月 日生	
被保険者の住所		〒 ー				
所 属 名						
認 定 証 交 付 対 象 者 の 氏 名		フリガナ	生年月日	年 月 日	続柄	
傷 病 名						
入院(予定) している 医療機関	名 称					
	所在地	〒 ー Tel ()				
入院(予定)期間		年 月 日 ~ 年 月 日				

* 現在使用中の資格確認書(写)を添付してください。

【健康保険組合使用欄】

発 行 年 月 日	年 月 日
有 効 期 限	年 月 日
標 準 報 酬	千円(等級)
発 行 通 番	A ・ B