常務理事	事務長	課長	主事	担当

健康保険　限度額適用認定申請書

川崎重工業健康保険組合理事長　殿

下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。

平成　　年　　月　　日

被保険者証の記号番号	記号	番号		
被保険者	氏　名	㊞	事業所・所属	
	生年月日（和暦）	年　月　日	電話番号	
適用対象者	氏　名		被保険者との続柄	
	生年月日（和暦）	年　月　日	性　別	男　・　女
被保険者（適用対象者）の住所	〒　－			
どちらかにチェック	□：入院	入院した日（予定日）　⇒	年　月　日	
	□：通院	通院開始日（予定日）　⇒	年　月　日	

事業所所在地	〒　－
事業所名	
事業主名	㊞
連絡先	担当者名　：　　電話　：

受付日印