

記入例

関西テレビ放送健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号 - 番号			事業所名称		
	8 0 1	-	9 9 9 9	関西テレビ放送株式会社		
適 用 認 定 対 象 者 欄	氏 名			生 年 月 日		
	関西 八郎			<input checked="" type="checkbox"/> S	○ 年 ○ 月 ○ 日	
				<input type="checkbox"/> H		
				<input type="checkbox"/> R		
	氏 名			生 年 月 日		
	関西 ハ千子			<input checked="" type="checkbox"/> S	○ 年 ○ 月 ○ 日	
				<input type="checkbox"/> H		
			<input type="checkbox"/> R			
被保険者（適用対象者）の住所			被保険者との続柄	性 別		
大阪市北区〇〇〇2丁目〇-〇			妻	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女		
受診する医療機関名			種 別			
〇〇〇〇病院			<input checked="" type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 外来 ・ <input type="checkbox"/> 入院、外来両方			
適用見込(申請) 期間						
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		～	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
発効年月日	年 月 日	受取日	年 月 日	印		
有効期限	年 月 日	返却日	年 月 日	印		

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

受付年月日

理事長	常務理事	事務長		担当者

