

健 保 記 入 欄	標準報酬月額	千円			
	適用区分		常務理事	事務長	担当
	発効年月日	令和	年	月	日
	有効期限	令和	年	月	日

## 健康保険 限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 の 現 況	被保険者証 の記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者 氏名	フリガナ						
	所属事業所 及び部署名	電話 ( )				従業員番号		
	被保険者 住所	〒 電話 ( )						
適 用 対 象 者 の 現 況	適用対象者 氏名	フリガナ	被保険者 との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	適用対象者 住所	〒 電話 ( )						
認 定 証 送 付 先 (番号に○を)	1 被保険者住所	4 その他(里帰り先等) 当欄に送付先を記入してください。 〒						
	2 適用対象者住所							
	3 事業所(本部経由)							

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。

ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿

### ■注意事項

認定証の有効期限は、健康保険組合が申請書を受付した月の初日から1年となります。(厚生労働省の通達により、「発効年月日欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること」と定められているため、前月以前に遡っての発行はできません。)

令和 年 月 日提出  
受付日付印