

常務理事	事務長	係
発行番号		

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号	70 -		事業所	名称	株式会社 鹿児島銀行
被保険者	氏名			所在地	鹿児島市金生町6番6号
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	所属部課店名 (内線番号)	()	
	住所	〒			
適用対象者	氏名		被保険者との 続柄		
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	性別	男・女	
入院する場合の 医療機関名					
適用(入院)予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月				

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

鹿児島銀行健康保険組合 理事長 殿