

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

被保険者の記号番号		70 ー		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