

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者氏名 及び生年月日	フリガナ	被保険者証 の記号番号	記号
	昭和・平成 年 月 日		番号
認定対象者の 氏名及び 生年月日	フリガナ	被保険者 との続柄	
	昭和・平成・令和 年 月 日		
送付先 住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ場合はチェックしてください。		
	※被保険者の住所と異なる場合はご記入願います。		
	〒		
	電話	( )	
上記のとおり申請いたします。			
	令和 年 月 日		
	住所	〒	
	被保険者	電話	( )
	氏名		
アボット健康保険組合理事長 殿			

《注意事項》

- ◎認定証の有効期限は原則として組合書類受付月の初日から最初に到来する8月末日までとなります。  
(期限内に70歳に到達者・任意継続被保険者の期間満了者を除く)
- ◎有効期限の延長が必要な場合は、別途申請をお願いいたします。
- ◎医療機関を変更されても有効期間内であれば、引き続きご使用になれます。

受付日付印