

健康保険限度額適用認定申請書

		理事長	常務理事	事務長		係
被保険者証 記号番号			事業所名			
被保険者	氏 名	所在地				
	生年月日	年 月 日				
適用対象者	氏 名	性 別		男 ・ 女		
	生年月日	年 月 日	被保険者との続柄			
適用対象者の住所						
治療予定病院名						

上記のとおり健康保険限度額適用認定書の交付を申請致します。

令和 年 月 日

〒 -

被 保 険 者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(TEL _____)

東海マツダ販売健康保険組合 理事長殿

※注 交付致しました認定書は、必ず、終了次第当健保組合まで返却下さい。