

常務理事	事務局長	部 長	副 部 長	担 当 者

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険被保険者証 記号・番号		—		
被保険者	氏 名	Ⓜ		
	生年月日	昭 和 平 成	年 月 日	事業所 所在地
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	性 別 男 ・ 女
被保険者（適用対象者）の住所		〒 —		

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。

下記に送付してください。

1. 自宅に送付
2. 事業所に送付
3. その他に送付 〒

平成 年 月 日提出

⌋ 受付日付印 ⌋

民間放送健康保険組合