

常務理事	事務局長	部長	課長	担当者

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号・番号		—		
該当するものに○印		1. 事業所勤務 事業所名称 所在地		2. 特例退職 被保険者
被保険者氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
適用対象者	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	続柄	性別	男 ・ 女	
被保険者 (適用対象者) の住所		〒 —		
交付必要期間		入院・通院 令和 年 月 日 ~		
認定証送付先		1. 自宅 2. 事業所 3. その他 〒		

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 日提出  
          
 受付日付印

民間放送健康保険組合