

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		—		
被保険者	氏名	印		
	生年月日	年	月	日
事業所	名称			
	所在地			
適用対象者	氏名			被保険者との続柄
	生年月日	年	月	日
			性別	男・女
被保険者(適用対象者)の住所		〒 —		
		TEL ()		

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。

平成 年 月 日

東京都自動車整備健康保険組合 殿

