

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		9000 - 1		
被保険者	氏名	健保 太郎 印		
	生年月日	昭和41年 4 月 1 日		
事業所	名称	株式会社 ○○自動車整備		
	所在地	港区芝公園 ○-○-○		
適用対象者	氏名	健保 太郎	被保険者との続柄	本人
	生年月日	昭和41年 4 月 1 日	性別	男・女
被保険者(適用対象者)の住所		〒 105-0000 港区芝大門 ○-○-○ TEL 03(0000)0000		

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

