

# 健康保険限度額適用認定申請書

平成〇〇年 〇 月 〇 日 申請

記号	〇〇〇			
番号	〇〇〇〇			
事業所	名称	株式会社 自動車部品		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇 1-1-1		
被保険者	氏名	部品 太郎	印	
	生年月日	昭平 〇〇年 〇 月 〇 日		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇		
対象者	氏名	同上	被保険者との続柄	
	生年月日	昭平 年 月 日	性別	男・女
	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。

