

常務理事	事務長		係

宝グループ健康保険組合 理事長殿

## 健康保険限度額適用認定申請書

申請日 平成 年 月 日

被保険者証の 記号番号	記 号		被保険者 氏 名			⑩
	番 号		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
事業場	名 称					
	所在地					
適用対象者	氏 名			被保険者との続柄		
	生年月日			性 別	男 ・ 女	
適用対象者の 住所						
適用対象の 予定期間	平成 年 月 1 日 ~ 平成 年 月 日					

上記のとおり、健康保険限度額適用認定証書の交付を申請します。

受付日付印