

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 令和 年 月 日

被保険者等 記号番号	記号		被保険者 氏名		⑩
	番号		生年月日	昭和 平成 令和	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	令和 年 月 1 日 ~ 令和 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