

常務理事	事務長	係

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号 (被保険者手帳記号番号)					
被保険者	氏名	印	事業所	名称	
	生年月日	年 月 日		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		〒			
療養(見込)期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			

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。

富山県自動車販売店健康保険組合理事長 殿