

常務理事	事務長	課長	課長補佐	係員

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

↑
提出日

健康保険限度額適用認定申請書

東京地下鉄健康保険組合 殿

所 属

保険証記号番号 1 - 2345

被保険者	氏名	健保 太郎 (印)		
	生年月日	昭和 平成 ○年 △月 □日		
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭和 平成 ○年 △月 □日	性別	男・女
被保険者(適用対象者)の住所		○○県○○市○○1-2-3		

使用する方を記入してください

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。