

常務理事	事務長	課長補佐	主任	担当

健康保険限度額適用認定証申請書

被保険者証記号番号		—		
被保険者	氏名	⑩	事業所	名称
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		所 属
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所				
医療機関名			使用開始年月	令和 年 月

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。

令和 年 月 日

東武鉄道健康保険組合 理事長 殿

※1 発効年月日は、原則健康保険組合受付月の1日または上記使用開始年月の1日となります。

