

令和3年 5月 15日

武蔵野銀行健康保険組合 殿

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号・番号		311-1234			
被保険者	氏名	武蔵野 太郎	事業所	名称	武蔵野銀行 ○○支店
	生年月日	1990年4月10日		所在地	さいたま市大宮区宮町○○-○
適用対象者	氏名	武蔵野 花子	被保険者との続柄		
	生年月日	1991年2月5日	性別	男 ・ 女	
被保険者（適用対象者）の住所		〒123-0015 さいたま市大宮区宮町○○-○○○			
日中連絡が取れる電話番号		TEL 012-3456-7890			
限度額認定証の送付先		所属部店 ・ 自宅 ○を付けて下さい			

※ご自宅へご郵送の場合は、着払いゆうパックでお送りいたします。

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。

常務理事	事務長	担当者

受付年月日