

常務理事	事務長	次長	課長	係長	係

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		記号		番号	
事業所	名称				
	所在地				
被保険者	氏名	印			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生
適用対象者	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日生
	被保険者との続柄		性別	男・女	
適用対象者の住所					

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。

受付年月日

神奈川県電子電気機器健康保険組合