

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	氏名			事業所名称	衆議院 ・ 参議院
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		
適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
認定証を必要とする期間 (入院予定期間等)		令和 年 月 日 ~ 令和 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。

令和 年 月 日

住所 〒
(送付先)

被保険者 氏名

連絡先
(携帯)

国会議員秘書健康保険組合理事長 殿

受付年月日