

事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者の記号番号		—			
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	性 別	男 ・ 女
認定証を必要とする期間 (入院予定期間等)		令和 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

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 \