

常務理事	事務長		担当

## 健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者が記入する欄	被保険者の氏名及び生年月日	フリガナ ケンポ タロウ	被保険者証の記号番号	1-1234
		健保 太郎		
		昭和・平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	社員・職員コード	123456
	適用対象者の氏名及び生年月日	被保険者の続柄		
	フリガナ ケンポ ハナコ			
	昭和・平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
被保険者住所	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション405号室 (電話) 03 ( 1234 ) 5678			
※送付先住所	〒 (電話) ( )			

※『健康保険限度額適用認定証』は上記 被保険者の住所へ送付いたします。  
送付希望先が被保険者住所と異なる場合のみ送付先住所へご記入ください。

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者 氏名

健保 太郎

PwC健康保険組合 殿