

常務理事	事務長	総務課長	係長	係

健康保険限度額適用認定申請書

(高額療養費自己負担額)

申請者 (被保険者)	保険証	記号		事業所	所在地	
		番号			名称	
	氏名				生年月日	年 月 日
適用対象者	氏名				生年月日	年 月 日
	被保険者との続柄			性別	男 ・ 女	
	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。

東京自動車教習所健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

〒

住 所

被保険者氏名

※限度額認定証は、被保険者のご自宅（上記住所）に郵送いたします。それ以外の送り先を希望する場合は記入してください。

送り先	〒
	住所
	名称