

健康保険限度額適用認定申請書

立教学院健康保険組合 理事長 殿

被保険者証 記号 - 番号			—		
被保険者	氏名	(自書)	事業所	名称	
	生年月日	年 月 日		所在地	
適用対象者	氏名				
	生年月日	年 月 日	被保険者との続柄		
被保険者(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。

