

常務理事		事務長					係	
------	--	-----	--	--	--	--	---	--

年 月 日

北海道新聞社健康保険組合 御中

### 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者記号番号	3 2 -	※被保険者本人が氏名を記入した場合は、押印は不要です。	
被保険者氏名	Ⓜ	事業所名称	
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
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。

受付日付印