

三菱 UFJ 証券グループ健康保険組合
理 事 長 殿

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の 記号・番号	記号		被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	番号					
被保険者の (申請者) 現住所	〒 — TEL — —					
事業所名 (部室店名)	TEL — — (内線 8 — —)					
認定証交付 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		
	入院予定日	令和 年 月 日	備 考			

(注) 申請書受付月より前の月の健康保険限度額適用認定証の交付はできません。

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。

受付年月日