

P&G グループ健康保険組合 御中

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の 記号・番号		.
事業所名称		
事業所所在地		
被 保 険 者	氏名	⑩
	生年月日	年 月 日
	住所及び 電話番号	〒 Tel
適 用 対 象 者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	続柄	
	住所及び 電話番号	〒 Tel
	希望適用期間 (2ヶ月程度迄)	年 月 日 から 年 月 日 まで (予定)

※ 記載の被保険者住所宛認定書を送付いたします、別の送付先を希望の場合は下記の送付先を記入してください。

送付先

住 所	〒
送 付 先 名	

上記の通り申請いたします。 申請日 年 月 日