

供 閲 覧	常務理事	事務長	課長	担当者

B I P R O G Y健康保険組合 御中

令和 年 月 日

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号・番号		—	連絡先（電話）	
被保険者	氏名	Ⓜ		
	生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和		
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和	性別	男 ・ 女
認定証送付希望先 （所属または住所）				

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

（ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い健康保険業務以外には使用しません）

