

常務理事	事務局

健康保険限度額適用認定申請書

帝人グループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 提出

保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者 氏名			
在籍事業所	会社名			部署 TEL	
	部署名				
現住所	〒			TEL	

【限度額適用認定証の交付希望者】

氏名		続柄		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
----	--	----	--	------	-------------------

【会社での受取りが困難な場合の発送希望先住所】

※在籍されている方については、会社（職場）への発送となります。

職場での受取りが困難な場合は以下へ発送希望先住所をご記入下さい。

住所	〒		
宛名		TEL	

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。