

常務理事	事務局

代筆・代理申請不可

## 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

記入した日

保険証上部に記載の記号・番号を記入

令和 1 年 5 月 20 日 提出

保険者証の 記号・番号	記号 1 0 0 番号 1 2 3 4 5 6 7	被保険者 氏名	帝人 太郎		
在籍事業所	会社名 部署名	帝人 (株) 〇〇部〇〇〇〇	勤務している会社名・部署名・部署の電話番号(外線又は外線)を記入	部署	(内) ×××-×××× (外線) ×××-××××-××××
現住所	〒 ×××-×××× 愛媛県松山市〇〇町〇〇-〇〇			TEL	×××-××××-××××

被保険者の現住所・電話番号を記入

### 【限度額適用認定証の交付希望者】

氏名	帝人 ふく	続柄	長男	生年月日	昭和 平成 令和 23 年 2 月 16 日
----	-------	----	----	------	---------------------------

限度額適用認定証の交付を受けたい人について記入

### 【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。

職場での受け取りが困難な場合に記入

住所	〒 ×××-×××× 愛媛県松山市〇〇町〇〇-〇〇		
宛名	帝人 太郎	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。