

常務理事	事務局

<お知らせ>

マイナ保険証で医療機関を受診し、情報提供に同意すれば「健康保険限度額適用認定証」の提示が不要になります。この機会に「マイナンバーカード取得と保険証登録」をご検討ください。

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

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	帝人 (株)	部署	(内) ×××-××××	
	部署名	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		(外線) ×××-×××-××××
現住所	〒 ×××-××××		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
* 被保険者本人の場合も記入

【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。