常務理事	事務局

該当項目に☑を入れて下さい

☐ 健康保険限度額適用認定証

☐ 高齢者受給者証

☐ 特定疾病療養受療証

（該当に☑を入れる）

各認定証　再交付申請書（　☐ 滅失 ☐ き損　）

帝人グループ健康保険組合　理事長　殿

※記号・番号が不明の場合は空白でも可

令和　　年　　月　　日　提出

記号・番号	ー	被保険者氏名		社員番号	
所属会社・部署				所属TEL	ー　ー
現住所	〒　ー TEL（　ー　ー　）			生年月日	☐昭和　☐平成　☐令和 年　月　日

「再交付を希望する人」

氏名・フリガナ	続柄	生年月日
		☐昭和　☐平成　☐令和 年　月　日
		☐昭和　☐平成　☐令和 年　月　日
		☐昭和　☐平成　☐令和 年　月　日
		☐昭和　☐平成　☐令和 年　月　日
		☐昭和　☐平成　☐令和 年　月　日

再交付を希望する理由
（滅失した場所や、き損させた理由などをできるだけ詳しく記入してください）

※紛失した認定証等が見つかった場合は、見つかった認定証等をすみやかに返却ください。