＜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。

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

記号・番号	ー		被保険者氏名			社員番号		
在籍事業所	会社名 部署名			部署 TEL	ー		ー	
現住所	〒　ー			TEL	ー		ー	

【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	〒　ー				
宛名			TEL	ー	ー

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。