＜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

□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

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　5　年　3　月　1　日提出

健康保険の記号・番号を記入

記号・番号	1234　－　1234567	被保険者氏名	帝人　太郎	社員番号	12345
在籍事業所	会社名	○○会社			××××
	部署名	○○○○			
現住所	〒　123　－　4567 愛媛県松山市○○町○○－○○	TEL	×××　－　××××　－　××××		

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
任意継続者は記入不要

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

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

氏名	帝人　ふく	続柄	長女	生年月日	□ 昭和　☑ 平成　□ 令和 23　年　2　月　16　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。

職場での受け取りが困難な場合に記入

住所	〒　123　－　4567 愛媛県松山市○○町○○－○○		
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。