

健康保険組合処理欄			
常務理事	事務長	係長	係員

受付印

健康保険限度額適用認定申請書 (70歳未満の方が対象)

オンライン資格確認を導入している医療機関では、本人が同意し、適用区分の確認ができれば、限度額適用認定証の提示は不要です。申請書を提出する前に医療機関にご確認ください。
ただし、住民税非課税の方は別帳票での申請が必要となりますので、健保組合にご連絡ください。

◆ 太枠内をボールペンでご記入して下さい。

被保険者	記号	番号	氏名	生年月日					
				昭和 平成 令和	年	月	日		
被保険者の住所・連絡先	〒 - TEL () -								
事業所名	トヨタ紡織(株) (その他の事業所名)								
所属 ・ 連絡先	工場		部	室・課		係・G			
	() -		内線		-				
適用対象者の氏名	生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	性別	男・女
今回の申請について	療養を受ける医療機関名称	医療機関所在地							
	傷病名	発病又は負傷の原因		ケガの場合は必ずご記入ください。					
	入院(療養)期間(見込み)	令和 年 月 日 ~		令和 年 月 日					
	確認事項(該当に✓)	傷病の原因は、第三者行為(交通事故・喧嘩等)で受傷したものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
		今回の傷病は、通勤途中又は業務中によるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
連絡事項	適用対象者は医療助成受給者ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <はいの場合記入> <input type="checkbox"/> 乳幼児(子ども)医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他() *医療費精算済みの場合は申請不要です。退院後に申請される場合は、「医療費未精算」等の記載をお願いします。								
証送付先 (○をつける)	1. 職場(社内便) 2. 被保険者の自宅(郵送) ※上記被保険者の住所に送ります <理由> 被保険者が療養中・その他() 3. その他の送付先(郵送) 〒 - <理由> 被保険者が療養中・その他()								
※職場以外の送付は必ず理由を記入してください 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。 また、認定証は下記注意事項を遵守し使用することに同意します。 令和 年 月 日 被保険者氏名									

※ 個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみに使用し、その目的以外には使用致しません。

【注意事項】

認定証の有効期限は、申請月から入院(見込み)期間の翌月末迄です。(最大1年間)

有効期限に達した時は速やかに返還して下さい。また有効期限以降も必要の際は再申請手続きをお願いします。

以下の場合も認定証を返還して下さい。

1. 被保険者または適用対象者が資格喪失した時
2. 認定証を使用する予定がなくなった時
3. 被保険者または適用対象者についての記載事項に変更が生じた時
4. その他、健康保険組合からの返還依頼があった時