

健康保険限度額適用認定申請書

申請書をご記入の前に	マイナ保険証をご利用すれば、本紙による事前申請は不要です。ご協力をお願いします。
認定証有効期限	本申請書をトヨタ健保が受付した月の1日から7月末日までとなります

被保険者 (従業員)	保険証等の 記号-番号	記号	番号						
	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	年	月	日		
適用対象者	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	年	月	日		
	高額予定受診月	年 月 ~ 年 月 (予定)							
	医療費 助成制度 (こども医療除く)	市町村から医療費助成制度の交付について <input type="checkbox"/> 受けている → 下記該当に○をつけ受給者証のコピーを添付してください (1. 心身障がい者医療 2. ひとり親家庭等医療 3. その他()) <input type="checkbox"/> 受けていない							
	傷病の原因は、 交通事故(自損事故含む)・けんか等によるものですか	<input type="checkbox"/> はい (別途、届出の必要あり) <input type="checkbox"/> いいえ							
日中、対応可能な方の電話番号				- -					
送付先 (右記いずれかに チェックし ご記入ください)	<input type="checkbox"/> 職場 部・室課・G係組の 詳細を記入	区分[(工場)]・会社名							
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他	(〒 -) 送付先宛名: _____							

《 申請代行者記入欄 》※被保険者、適用対象者以外の方から申請する場合はご記入をお願いいたします。

申請代行者	氏名		被保険者との関係	
	代行理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が療養中のため <input type="checkbox"/> その他()		

【注意事項】

- 認定証の適用開始日(発効日)は、本申請書をトヨタ健保が受付した月の1日となります。
受付月の前月に遡っての適用は、原則できません。
- 被保険者(従業員)が住民税非課税世帯の方は非課税証明書(原本)のご提出をお願いいたします。
(所得区分「ア」「イ」に該当の方と海外赴任により非課税となる場合を除く)

送付先 問合せ先	トヨタ自動車健康保険組合 医療保険室 レセプトグループ 〒471-0832 愛知県豊田市丸山町6-22 外線(0565)28-0153 社内線(811)6-0561 FAX (0565)28-0150 (送信後、受領確認のお電話をお勧めします) 【E-mail】 k-iryu@h4.dion.ne.jp
-------------	--

※保険組合処理欄

処理日		対象者	本人・家族	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ
-----	--	-----	-------	------	-----------