

## 健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者	保険証の 記号番号	記号	番号								
	氏名及び 生年月日	フリガナ		男  女	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日					
					<input type="checkbox"/> 平成						
	住所	(〒 )									
電話番号			事業所名								
適 用 対 象 者	氏名及び 生年月日	フリガナ		続柄	男  女	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日				
						<input type="checkbox"/> 平成					
「認定証」送付先 (右のいずれかをご記入ください)		<input type="checkbox"/> 職場	(〒 ) 部署名:								
		<input type="checkbox"/> 自宅	(〒 ) 被保険者の住所と同じであれば記載不要								
		<input type="checkbox"/> その他	(〒 ) 病院の場合は、病院に事前に了承を得てください。								
申請する理由について お聞かせください		<input type="checkbox"/> 通院	通院期間	令和	年	月	～	令和	年	月	(予定)
		<input type="checkbox"/> 入院	入院日	令和	年	月	日	(決定・予定)			
			退院日	令和	年	月	日	(予定・見込み)			

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。

**【注意事項】**

1. 第三者行為(交通事故・けんか等)の場合は、事前に豊通健保へご連絡ください。
2. 認定証の適用開始は、本申請書を豊通健保が受付した月の一日となります。  
受付日の前月に遡っての適用は原則出来ません。

● 申請書の送付先(メールでの送付可)  
〒450-8575 名古屋市中村区名駅四丁目9番8号  
豊田通商健康保険組合 限度額適用認定書担当宛  
E-mail:gendogaku@pp.toyota-tsusho.com

● お問い合わせ先  
限度額適用認定証発行について : (山根)052-584-5053  
高額療養費制度について : (天野)050-3189-1410

※健保組合処理欄

発送日		対象者	本人・家族	適用区分	ア・イ・ウ・エ
-----	--	-----	-------	------	---------

常務理事	事務長	係員	係員

受付日付印