豊田通商健康保険組合　御中

健康保険限度額適用認定申請書

受診予定の医療機関等に「健康保険限度額適用認定証」が必要か否かのご確認ください。
オンライン資格確認を導入した医療機関などでは 「健康保険限度額適用認定証」の提示が不要になりました。

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	□昭和 □平成	年　月　日
	住所	（〒　　）				
	電話番号			事業所名		
適用対象者	氏名及び生年月日 □ 被保険者と同じ	フリガナ		続柄	男 女	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
申請する適用期間についてお聞かせください	□通院　通院期間　令和　年　月　～　令和　年　月（予定） □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）					
送付先 （個人情報保護のため、原則自宅発送をしております。諸事情により自宅受取が困難な方は、その他住所にご記入ください。 右のいずれかに☑してください）	□自宅	（〒　　） 上記被保険者の住所と同じであれば記入不要です。				
	□その他	（〒　　）				
	●留意点　※適用対象者と送付先が異なる場合は、必ず家主名を「●●様方」と記入してください。 ※病院を指定する場合は、郵送される旨を病院に説明し事前に了承を得てください。 ※職場への送付希望の場合は、会社名、部署名、グループ名まで必ず記入してください。 **職場が「センチュリー豊田ビル」の方は、豊通健保4Fに受取りにきてください。**					

上記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

【注意事項】

1. **第三者行為（交通事故・けんか等）の場合は、事前に下記までご連絡ください。**
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　限度額適用認定証担当宛
E-mail：gendogaku@pp.toyota-tsusho.com

●お問い合わせ先
（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