

記入例

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

健保組合 使用欄	受付日	年	月	日
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

限度額適用認定申請書

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ	ケンポ タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男	申請日	2024	年	4	月	1	日
	記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎	<input type="checkbox"/> 女	電話番号	〇〇〇-△△△-××××					
	1234	5678				生年月日						
						<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	1	年	6	月	1	日
住所	〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市〇〇〇〇△△△△××××											

適 用 対 象 者 欄	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ										
	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日						
適用対象者 氏名					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	<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)				
送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	(〒) 上記被保険者の住所と同じであれば記入不要です。									
(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。 右のいずれかに回してくだ さい)	<input type="checkbox"/> 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】

- 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。
- 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
E-mail: 1298-genbutsu@dist.toyota-tsusho.com

※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
-----	--	-----	---------	------	---------------

2024年6月改