

限度額適用認定申請書

オンライン資格確認を導入した医療機関では、本人が情報提供に同意し、適用区分の確認ができれば限度額適用認定証の提示が不要になります。申請書を提出される前に医療機関へご確認ください。

被保険者	被保険者証 記号・番号	<input type="text"/>	氏名	<input type="text"/>	
	電話番号	(日中連絡可能な電話番号をご記入ください)			
申請理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付 (<input type="checkbox"/> 期間延長 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他()				
使用開始月	年 月 ~				
認定対象者 (使用される方)	氏名	<input type="text"/>		性別	<input type="text"/>
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄	<input type="text"/>
認定証 送付先 (右記のいずれかに チェックし記入)	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/> 職場	会社名 <input type="text"/> 地区区分 (職場、事業所のある区分にチェックしてください) <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 和 <input type="checkbox"/> 岩 <input type="checkbox"/> 裾 <input type="checkbox"/> 須 <input type="checkbox"/> 山 <input type="checkbox"/> その他() 部 <input type="text"/> 室 <input type="text"/> 課 <input type="text"/> G <input type="text"/> 係 <input type="text"/> 組 <input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/> その他	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> (病院の場合は、事前に病院へ了承を得て、送り先をご確認のうえ詳しくご記入ください)			

《注意事項》

医療費清算済みの場合は申請不要です。

限度額適用認定申請証の有効期限は健保が申請を受付けた月の1日から6月末日までになります。

年次処理の為、7月ご使用の認定証については、7月中旬以降の発行発送となります。

認定証の発行をお急ぎの方は健康保険組合までご相談ください。

送付先 問合せ先	トヨタ自動車東日本健康保険組合 〒981-3609 宮城県黒川郡大衡村中央平1 TEL 外線:022-765-6490 FAX 050-3730-0284 (送信後、確認のお電話をお願いします)
-------------	---

健康保険 組合 使用欄	交付年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	受 付	
	発効年月日	令和 年 月 日					
	有効年月日	令和 年 月 日					
	標準報酬月額	千円					
	適用区分	ア 83万円以上 イ 53~79万円 ウ 28~50万円 エ 26万円以下	該 当 者	取得 S・H・R 年 月 日 喪失 S・H・R 年 月 日			