

限度額適用認定申請書

※マイナ保険証をお持ちの方はこちらの申請は不要です。

被保険者	被保険者証 記号・番号	□□□□—□□□□□□		氏名		
	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				性別	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄
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="checkbox"/> 職場	会社名				
		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	室 課			
		G 係	組			
<input type="checkbox"/> その他	〒 — (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。

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

トヨタ自動車東日本健康保険組合