記入例

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	1 — 1 2 3 4 5	氏名	健保　太郎
	電話番号	090－××××－×××× （日中連絡可能な電話番号をご記入ください）		
申請理由		☑新規　□再交付（　□期間延長　□紛失　□その他（　　）		
使用開始月		令和●　年　10　月　～		
認定対象者（使用される方）	氏名	健保　次郎	性別	男
	生年月日	□昭和 ☑平成 □令和　●　年　●　月　●　日	続柄	長男
認定証送付先（右記のいずれかにチェックし記入）	□自宅	〒　　－		
	□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） □本　□和　□岩　□裾　□須　□山　□その他（　　） 部　室 G　課		
	□その他	〒　　－		

連絡可能であれば、内線番号でも可

職場へは「社内便」で送付します

ご記入頂いた使用期間に関係なく、有効期限は「申請月の1日付~6月末」になります

必要な箇所にご記入下さい

【使用期間について】

ご記入頂いた期間よりも後に、高額医療費が発生した場合でも、有効期限内であれば、使用できます。

《注意事項》　（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）

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。

申請書は、郵送または社内便で送付して下さい。もしFAX送信される場合は、送信後、健保へお電話をお願いします。

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	S・H・R　年　月　日		

トヨタ自動車東日本健康保険組合