AAA

常務理事	事務長	GL	担当

トヨタ関連部品健康保険組合　御中

下記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

健康保険限度額適用認定申請書

令和　　年　　月　　日 提出

被保険者	保険証の記号・番号	記号		番号		
	氏名	フリガナ		生年月日		年齢
				昭和・平成	年　月　日	
	自宅住所	〒　　－				
	電話番号	(　　)　　－			＜ 自宅・携帯・職場 ＞	
適用対象者	氏名	フリガナ	続柄	生年月日		年齢
				昭・平・令	年　月　日	
療養(予定)期間		□ 通院 □ 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)				

確認事項（すべて記入）	◎今回の傷病は、ケガですか？ →「はい」の場合は、ケガの詳細をご記入ください。	□ はい　□ いいえ
	▸負傷日	令和　　年　　月　　日 (　　曜日)　　時頃
	▸傷病名	▸部位 (例:右足、首など)
	▸どこで	自宅・会社・学校・その他(　　)
	▸どのように	
	◎傷病の原因は、交通事故・けんか等によって受傷したものですか？ →「はい」の場合は、『第三者行為による傷病届』を提出してください。	□ はい　□ いいえ
	◎傷病の原因は、業務上・通勤途中に負傷・発症したものですか？	□ はい　□ いいえ
	◎適用対象者は医療助成受給者ですか？ →「はい」の場合に記入　□障がい者医療(全疾病)　□ひとり親家庭等医療　□妊産婦医療 ※上記の医療助成対象者は、『受給者証のコピー』を提出してください。	□ はい　□ いいえ

「認定証」送付先 (ご希望の送付先に✓を付けてください)	□ 会社経由での受け取り	認定証交付申請	□ 初回
	□ 自宅		□ 更新　認定証終了日 (　　/　　)
	□ 申請代行者		
		備考	(個人番号:任意記入)

※被保険者以外が申請する場合に記入

申請代行者	氏名		被保険者との関係	
	代行の理由	□ 被保険者が療養中のため □ その他 (　　)		
	住所 (被保険者と同一の場合は不要)	〒　　－ (病院の場合は、病院に事前に了承を受けてください。また病院名、部屋番号まで記入してください)	TEL (　　)　　－	

申請書送付先 問合せ先	トヨタ関連部品健康保険組合　資格給付グループ 〒471-0026　愛知県豊田市若宮町2-66　豊田グランドビル2F TEL : 0565-41-7412　FAX : 0565-37-3070

【申請の流れ】

申請書を健保組合へ**郵送**してください。

申請書到着後、2～3日以内に認定証を指定送付先へ郵送します。

認定証は、会計前に提示が必要です。

日程に余裕を持って手続きをお願いします。

※認定証が間に合わない場合は、通常通り、医療機関へ医療費をお支払いください。
自己負担額が月3万円を超える場合は、原則、受診月の3～4ヶ月後に事業所経由で給付金が自動給付されます。
（保険適用分に限る）

【注意事項】

1. 認定証の適用期間は、**原則、本申請書を健保が受付した月の一日**からとなります。
   受付月の前月に遡っての適用はできません。
2. 認定証の有効期限は、申請月から原則3ヶ月間です。
   療養予定期間が、入院3ヶ月以上または通院の場合は、申請月から1年です。
   有効期限が切れましたら、再度申請書を健保組合へ提出してください。
3. 被保険者（本人）が非課税者の場合、健保組合へご連絡ください。
4. 有効期限に達した時は速やかに健保組合へ返還してください。

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。

～ マイナンバーカードの保険証利用について詳しくはこちら ～
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html