

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

常務理事	事務長	GL	担当

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 >			
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		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 ・入院日 令和 年 月 日 (決定・予定) <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「はい」の場合は、ケガの詳細をご記入ください。					
	▶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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「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。					
	◎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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
◎適用対象者は医療助成受給者ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「はい」の場合に記入 <input type="checkbox"/> 障がい者医療(全疾病) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> 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。						
「認定証」送付先 (ご希望の送付先に ✓を付けてください)		<input type="checkbox"/> 会社経由での受け取り <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 申請代行者		認定証 交付申請		<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 更新 (認定証終了日 (____ / ____))
		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	<input type="checkbox"/> 被保険者が療養中のため <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	住所 (被保険者と 同一の場合は 不要)	〒 _____ Tel (_____) _____	
(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)			

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。