

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

平成 年 月 日 提出

被 保 険 者	保険証の 記号・番号	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	
	氏名	フリガナ	ケンポ タロウ		生年月日	年齢
		氏名	健保 太郎	(印)	昭和・平成	〇〇年 〇月 〇〇日
	自宅住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇				
電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 < 自宅・携帯・職場 >					
対 象 者	氏名	フリガナ	ケンポ ハナコ	続柄	生年月日	年齢
		氏名	健保 花子	妻	昭和・平成	〇〇年 〇月 〇〇日
療養(予定)期間		<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 ・入院日 平成 年 月 日 (決定・予定) <input type="checkbox"/> 退院日 平成 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 checked="" 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	平成 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 申請代行者		認定証 交付申請 <input checked="" 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
----------------	---