

記入例

(R5.3.31改訂)

パソコン入力して
印刷したものでもOKです

★ お知らせ ★

- お急ぎの場合は、FAX(043-244-5871)でも受付いたします。
《原本は、必ず千葉トヨタ健康保険組合宛にお送り下さい》
- 認定証の発効日は、健保に申請のあった月以降で適用が必要となる日の属する月の初日(1日)となります。
※発効年月日を、申請した月より前に遡及することはできませんのでご注意ください。
- 連絡先は、この限度額適用認定に関する問い合わせ以外には使用いたしません。

健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号	1 - 12345
	氏名	健保 太郎
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 45 年 8 月 30 日
	被保険者の住所と連絡先	〒 260 - 0032 千葉県中央区登戸2-2-X 登戸マンション111 (日中に連絡ができる電話又は携帯番号) 043-789-123X

本人の住所を
記入して下さい。

認 定 証 交 付 対 象 者	氏名	健保 花子
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 44 年 12 月 10 日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	被保険者との続柄	妻
	交付必要期間	(入院・外来予定期間などをご記入下さい) 令和 5 年 9 月 1 日～令和 5 年 10 月 30 日
	限度額認定証の送付先 希望する送付先に チェックをして下さい	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住所 <input type="checkbox"/> 社内連絡便【職場名】 <input type="checkbox"/> 上記以外 〒 - 住所 宛名

限度額認定証の適用を
受けたい方の氏名等を
記入して下さい。

交付に必要な期間を
記入して下さい。
期間が未定のときは、
ひとまず1～2ヶ月分
記入してください。

被保険者住所以外に
送付先の指定がある
場合、こちらに記入
して下さい。

※ 申 請 代 行	申請代行者氏名	Ⓜ (押印お願いします)
	被保険者との続柄	
	申請代行者のご連絡先	(日中に連絡ができる電話又は携帯番号)
	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人による記入等ができないため。 <input type="checkbox"/> その他()

※被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入下さい。

※代理人申請の方の身分証(写し)が必要になる場合があります。

上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。

令和 5 年 9 月 4 日

千葉トヨタ健康保険組合理事長 殿

受付印

--