

受付年月日	令和 年 月 日
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 末日
適用区分	ア・イ・ウ・エ
送付方法	直渡し・連絡便・郵便・その他()

理事長	常務理事	事務長	係

(R5.3.31改訂)

★ 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	—
	氏 名	
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	被 保 険 者 の 住 所 と 連 絡 先	〒 — (日中に連絡ができる電話又は携帯番号)

認 定 証 交 付 対 象 者	氏 名	
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被 保 険 者 と の 続 柄	
	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 年 月 日～令和 年 月 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 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

※ 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 年 月 日

千葉トヨタ健康保険組合理事長 殿

受付印