

健康保険限度額適用認定申請書

記入例

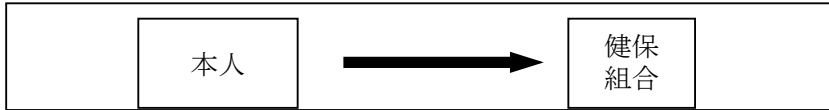
豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 2020 年 * 月 ** 日

被 保 険 者 記 入 欄	保 險 証 の 記 号 番 号	**	番 号	*****	被 保 険 者 氏 名	健 保 太 郎
	被 保 険 者 の 所 住 電 話 番 号	〒 *** - ****	愛 知 都 道 府 県	刈 谷 市 宝 町 ○ - ○	自 宅 TEL (0566) 21 - 1234	携 帯 TEL (090) 1234 - 5678
	会 社 名	(株)豊田自動織機				
	認 定 対 象 者 の 氏 名	健 保 花 子			認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 和 <input type="checkbox"/> 平 成 <input type="checkbox"/> 令 和 ** 年 * 月 ** 日
	入 院 (通 院) の 医 療 機 関 名 称	*****病院				
	入 院 (通 院) の 期 間	令和		* 年 * 月 * 日	から翌々月末まで	
	傷 病 名	頸椎椎間板ヘルニア				
	今 回 の 入 院 理 由 は、 第 三 者 の 行 為 (交 通 事 故 ・ 喧 嘩 等) で 受 傷 し た も の で す か ?					<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
今 回 の 入 院 理 由 は、 通 勤 途 中、 業 務 中 の 傷 病 に よ る も の で す か ?					<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
今 回 の 入 院 で、 医 療 費 の 窓 口 負 担 は あ り ま す か ?					<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

・データ入力またはボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

・提出ルート



・個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。
 詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/contents/privacy/index.html> をご覧ください。
 マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。

お問い合わせ先	〒448-0847	愛知県刈谷市宝町8丁目1番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ 外線 0566-21-7784 内線 70-4612
---------	-----------	--

健 保 記 入 欄	決 定 事 項	交付 ・ 却下 (理由)			
	発 効 年 月 日	令和	年	月	日
	有 効 期 限	令和	年	月	日
	適 用 区 分				
決 裁	常務理事	事務長	GM	担当	

健保受付印

■健康保険限度額適用認定証の取扱いについて

1. 限度額適用認定証の有効期限は、申請を受け付けた月の1日から3ヶ月間です。
有効期限に達した時は速やかに返却してください。
また有効期限を越えて使用する場合は再度申請が必要です。
2. 保険医療機関等から入院療養等を受ける際には、窓口に被保険者証と認定証を提出してください。
3. 事前申請のため退院後の申請は、認められません。
また前月に遡っての発行はできません。
4. 公費該当者で、市区町村などから医療助成を受けている方は申請できません。
5. 被保険者が以下に該当したときは証を返納する。
 - ・被保険者が資格を喪失したとき
 - ・加入している保険者に変更があったとき
 - ・適用対象者の被扶養者が被扶養者でなくなったとき
 - ・認定証の有効期限に達したとき
 - ・適用対象者が老人医療受給対象者となったとき
6. 上記理由の他に健康保険組合から認定証の返納を求められた場合、即時返納する。
7. 住民税非課税世帯の方は、ご連絡ください。

上記事項の同意して、健康保険限度額適用認定証を使用します。

令和 * 年 * 月 ** 日

氏名(自筆) **健保 太郎**
