

「限度額適用認定証」の交付申請が必要な理由

オンライン資格確認システム未導入の医療機関等を受診するため

医療機関等名：〇〇マタニティクリニック

導入予定時期：R5年〇月

常務理事	事務長	室長	担当

申請書はFAX 052-961-3921または郵送でご提出ください。

(FAX後の原紙の郵送は不要です。)

## 健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿

被保険者	記号番号	591 - 1	事業所名	トヨタ〇〇〇株式会社	
	氏名	ワガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	H1年 6月 24日	
適用対象者	氏名	ワガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	続柄 配偶者	生年月日	H4年 3月 27日
	高額予定受診月	R5年 4月～ R5年 4月(予定)			
	医療費助成制度 (こども医療除く)	市町村から医療費助成制度の交付について <input type="checkbox"/> 受けている→下記該当に○をつけ受給者証のコピーを添付してください。 ( <input type="checkbox"/> 心身障害者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> 妊産婦医療) <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない			
傷病の原因は、 交通事故(自損事故含む)・喧嘩等によるものですか			<input type="checkbox"/> はい(別途、届出の必要あり) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
日中、対応可能な方の連絡先			<氏名> <電話番号> - -		
送付先 [右記いずれかに チェックし ご記入ください]	<input type="checkbox"/> 会社の健保担当部署		<住所> 〒〇〇〇-〇〇 名古屋市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 実家 世帯主名(愛知 一郎) <input type="checkbox"/> 申請代行者				

妊産婦健診は  
妊産婦医療には含まれません。

《申請代行者記入欄》被保険者・被扶養者・事業所担当者以外の方が申請する場合はご記入をお願いいたします。

申請代行者	氏名	ワガナ	被保険者との関係	
	代理理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が療養中のため <input type="checkbox"/> その他( )		

### 【注意事項】

- 認定証の適用開始日は、本申請書を当組合が受付した月の1日となります。  
受付月の前月に遡っての適用は、原則できません。
- 適用期間は最長で1年間です。
- 有効期限の延長をご希望の場合は、再度、申請してください。

申請書送付先 問合せ先	トヨタ販売連合健康保険組合 〒461-0001 愛知県名古屋市東区泉1丁目23番36号 NBN泉ビル3F TEL : 052-952-2678 FAX : 052-961-3921
----------------	--

※健保組合処理欄

適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ
------	-----------