

手書き用

年 月 日申請

トヨタ車体健康保険組合 御中

## 健康保険限度額適用認定申請書

認定証有効期限	本申請書をトヨタ車体健保が受付した月の1日から 8月末日まで となります
---------	--------------------------------------

### 被保険者

◆ 太枠の中をボールペンでご記入下さい。

記号番号	—	氏名	
電話番号	( )	—	

電話番号は日中連絡可能な連絡先

### 適用対象者(限度額適用認定証が必要な方)

氏名			
入院・診療開始日(予定)	年	月	日(余裕を持って申請してください)

### 送付先(下記いずれかにチェックし、ご記入ください)

<input type="checkbox"/> 職場	会社名				<input type="checkbox"/> G
	工場	部	<input type="checkbox"/> 室	<input type="checkbox"/> 課	<input type="checkbox"/> 係
<input type="checkbox"/> 自宅	(〒 — )				<input type="checkbox"/> 組
<input type="checkbox"/> その他	世帯主氏名: _____				

### 【注意事項】

- ① 受付の前月に遡っての適用は原則できません。
- ② 住民税非課税世帯の方は非課税証明書を添付して提出してください。
- ③ 年次処理の為、9月ご使用の認定証については、9月中旬頃の発送となります。

- ◆提出方法 ①申請者(社内便・郵送にて) → トヨタ車体健康保険組合(認定発行)→ 申請者  
②申請者(FAXにて:0566-36-6288) → トヨタ車体健康保険組合(認定発行)→ 申請者

※ 保険組合処理欄

発送日	年	月	日
-----	---	---	---

健保受付印

2020.8改定