

限 度 額 適 用 認 定 決 定 伺

標準報酬月額	*	ア83万円以上 ウ28～50万円	イ53～79万円 エ26万円以下	常務理事	事務長	係
限度額適用認定年月日	*	(※枠内は組合記入欄です。)				
発効年月日	*					
有効期限	*					

健 康 保 険 限 度 額 適 用 認 定 申 請 書

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

下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 提出

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証		被保険者の氏名		(フリガナ)		
	記号・番号		及び		印		
			生 年 月 日		(昭和・平成 年 月 日生)		
	被保険者の住所		〒 —		TEL ( ) —		
	事業所	名称					
		所在地					
	適用対象者の氏名及び		(フリガナ)		被保険者との		
	生 年 月 日		(昭・平・令 年 月 日生)		続柄及び性別		
					男 ・ 女		
	適用対象者の住所		〒 —		TEL ( ) —		
認定証の送付希望先		自宅・事業所総務部 勤務先名 (店舗先)		〒 — TEL ( ) — (店舗先名 )			
診療区分		入院 ・ 通院 ・ 歯科 ・ 調剤 (該当区分すべてに○を記入)					
予定期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (上限1年間：月単位)					

2019.5.1

§ 下記に該当する場合は、必ず認定証を健康保険組合へご返還ください。

- ① 被保険者が資格を喪失したとき。
- ② 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
- ③ 適用対象者である被扶養者が被扶養者からはずれたとき。
- ④ 被保険者が適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき。  
(適用対象者が70歳に達する月の翌月に至ったときを含む。)
- ⑤ 認定証の有効期限に達したとき。
- ⑥ 適用対象者が老人医療受給対象者となったとき。
- ⑦ 退院したとき。

**⑧ 外来の場合は、適用対象者がひとつの医療機関で1ヵ月の窓口負担が80,100円以上(但し、一般所得者の場合)と予想される場合にご申請ください。**