

限 度 額 適 用 認 定 決 定 伺

標準報酬月額	* 千円	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	* 平成 年 月 日					
発効年月日	* 平成 年 月 日	(* 枠内は組合記入欄です。)				
有効期限	* 平成 年 月 日					

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 元 年 5 月 1 5 日提出

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	1 3 ・ 1 2 4 3	被保険者の氏名 及び 生 年 月 日	(フリガナ) 本人の名前と生年月日 印 (昭和・平成 年 月 日生)			
	被保険者の住所	〒 - TEL ( ) - ご本人の住所と電話番号					
	事業所	名称	ご本人の会社名				
		所在地	ご本人の会社住所 (本社)				
	適用対象者の氏名及び 生 年 月 日	(フリガナ) 対象者の名前と生年月日 (昭・平・令 年 月 日生)	被保険者との 続柄及び性別		男 ・ 女		
	適用対象者の住所	〒 - TEL ( ) - ご本人の住所と電話番号					
	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 ( ) - 認定証の送付先住所または勤務先送付希望時の店舗名				
	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	診療予定月の1日～終了予定月末日 (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。

⑨ 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。