

限度額適用認定決定伺

標準報酬月額	*	ア83万円以上 千円	イ53～79万円 ウ28～50万円	エ26万円以下	常務理事	事務長	係
限度額適用認定年月日	*	令和 年 月 日					
発効年月日	*	令和 年 月 日			(* 枠内は組合記入欄です。)		
有効期限	*	令和 年 月 日					

健康保険限度額適用認定申請書

マイナンバーカードに対応した医療機関では、限度額適用認定証がなくても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

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	被保険者等 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 (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)						

2024. 12. 2

§ 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。

Ⓣ 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。