

# 健康保険 限度額適用認定 申請書 (新規・更新)

被保険者(申請者)記入用

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度の限度額を超える支払いが免除されます。  
本申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひ利用ください。

提出日 年 月 日

マイナ保険証が利用できない、利用しないため、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。  
認定証は裏面注意事項を遵守し使用することに同意します。

被保険者 申請者 情報	被保険者証	記号(※) 番号	生年月日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和	
			<input type="checkbox"/> 平成	
			<input type="checkbox"/> 令和	
	事業所名 (会社名)	所属		室・課
氏名	(フリガナ)			
住所	(〒 - )	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	自宅 ( )	携帯 ( )		

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		記載が無い場合、原則受付した月の1日から3ヶ月間有効となります。	
	疾病名		第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	→外傷性・妊娠・出産以外の方は、傷病発見の原因記入		<input type="checkbox"/> 症状に気づき病院受診 <input type="checkbox"/> 人間ドック(ゲイストック、健康診断含む) → 受診日 年 月 日		

送付先	<input type="checkbox"/> 職場	(原則 職場送付。職場で受取できない状況(入院中等)の方は自宅可。また、職場・自宅以外に送付を希望する場合は下欄に送付先を記入)
	<input type="checkbox"/> 自宅	(〒 - )
	<input type="checkbox"/> その他	TEL ( )

(\*) 【被保険者のマイナンバー記載欄】  
 ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認(免許証等コピー)をするための 添付書類(マイナンバー通知カードのコピー、免許書等のコピー)が必要です。  
 注: マイナンバーを記入した申請書の提出は、社内メール時は「重要メール」、郵送時は「書留」等、記録を残せる方法にてご提出ください。

## 【健保記入欄】

受付番号	-	申請区分	新規・更新
標準報酬月額	千円	区分	ア・イ・ウ・エ・オ
有効年月日	年 月 1日から 年 月 末日まで	回収日	年 月 日
*「更新」の場合: 先回の有効年月日 [ 年 月 1日 ~ 年 月 日 ]			

常務理事	事務長	担当

# 健康保険 限度額適用認定 申請書

注意事項

※記号欄は 10=豊田合成 11=健保 12=一榮工業 13=TGウェルフェア 14=TGメンテナンス 15=TGロジスティクス 16=テクノアトリサーチ  
18=TG SPORTS 30=TGテカノ 31=TGAP 32=ティーゼー・オブ・シート 34=豊田合成東日本 35=豊田合成九州  
40=豊田合成日乃出 41=海洋ゴム 50=豊信合成 90=任意継続

## 《注意事項》

(1) 健康保険限度額適用認定証の有効期限は、申請を受けた月の1日から3ヶ月間です。  
有効期限に達した時は、速やかに返却してください。  
また、有効期限を超えて申請する場合は再度申請が必要です。

(2) 以下の場合も認定証を返却してください。

- (2)-1 被保険者または適用対象者が資格を喪失したとき
- (2)-2 健康保険限度額適用認定証を使用する予定がなくなったとき
- (2)-3 被保険者または適用対象者についての記載事項に変更が生じたとき
- (2)-4 その他、健康保険組合からの返却依頼があったとき