

提出先：TOTO(株)本社内 健康保険組合（TBN・年金健保G行）

【お願い】この申請書は、対象者毎にご提出ください。

常務理事	事務長	係

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の 記号・番号			会社名	
被保険者	氏名	※氏名を自署された場合、捺印は不要です。 Ⓜ		事業所名 工場・支社 ビル(東京)・AG
	生年月日	昭・平 年 月 日生	所属名	部・課・G
対象者	氏名		続柄	電話番号(内線・外線)
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生		
認定証を必要とする期間 (予定期間でも可)	令和 年 月 ~ 令和 年 月 ※ 有効期間は最長6ヶ月とし、期間の記入がない場合は有効期間を1ヶ月で発行いたします。			
傷病の原因は第三者行為 によるものか (交通事故等含む)	はい ・ いいえ ※第三者行為の場合は詳細を確認させていただき、その状況により交付できない場合があります。			
申請先	〒802-8601 北九州市小倉北区中島2-1-1 TOTO健康保険組合 (事務窓口) TOTOビジネッツ(株)年金健保G 電話：093-951-2182			

※注意

- 認定証の受取りを職場以外で希望される方は
送付先を記載し切手を貼った返信用封筒を添付してください。(退職者除く)
返信用封筒の添付がない場合や切手が貼られていない場合は、職場への送付となります。
- 認定証の発行には申請書受取から稼働5日程かかりますので余裕を持って提出してください。
- 次に該当した場合は認定証を返却してください。
 - ①被保険者の資格がなくなったとき
 - ②被扶養者でなくなったとき
 - ③有効期限に達したとき

<健保処理欄>

交付日	R 年 月 日
送付日	R 年 月 日
送付先	職場 ・ 自宅 ・ その他 ()

【受付年月日】

--