

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
対象者	氏名			続柄
	生年月日	昭・平	年	月
認定証を必要とする期間 (予定期間でも可)		平成 年 月 ～ 平成 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	H	年	月	日
送付日	H	年	月	日
送付先	職場 ・ 自宅 ・ その他 ()			

【受付年月日】