

発行NO.	
交付年月日	令和 年 月 日
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円：ア・イ・ウ・エ・オ

健 保 組 合 決 議 欄			
常務理事	事務長	担当責任者	担 当 者

ヤマハ健康保険組合 御中

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

\*【添付書類】  
「市民税・県民税課税証明書」を添付

被 保 険 者	被保険者等 記号番号	—	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏 名		年 月 日	
	自宅住所	〒 -	日中連絡先	自宅 ( ) - 携 帯 - -
	事業所名		※任継除く	メールNO.
	課係名		職場電話	
減 額 対 象 者	氏 名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	続 柄		年 月 日	
	住 所	〒 -		
長期入院	該当・非該当			
【 ここから下は、長期該当者として申請する者のみ記入してください 】 入院日数合計( 日間)				
①	申請日の1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日 から 日間 平・令 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日の1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日 から 日間 平・令 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日 から 日間 平・令 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
備 考				

\*被保険者等記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
被保険者等記号番号を記載した場合は不要です。  
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)  
※ マイナンバーが記載された書類を提出する場合は、記録の残る「郵便書留等」での送付をお願いします。

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

### 【注意事項】

- ※ 第三者行為(交通事故・けんか等)の場合は、事前に健保へご連絡ください。(TEL: 053-460-1581)
- ※ 業務上、通勤中の怪我や病気は、労災適用のため対象になりません。
- ※ 発行年月日は、申請のあった日の属する月の初日とします。

健 保 組 合 使 用 欄			
備考	発送年月日		健保受付印
	処理年月日		
送 付 先	担当者・職場・自宅(特記)・その他(特記)	証回収年月日	
		証滅失処理年月日	