

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認定申請書

※以下の内容をよく読んでからご記入下さい。

・必ず申請する必要はありません。

・申請がない場合でも、後日自己負担限度額を超えた額は自動払いで支給されます。

・マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証情報の提供に同意することで高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。

・第三者が関係した傷病、けがの場合、認定証は利用できません。提出書類をHPにて確認下さい。

・発効年月日は、申請書を受領した月の1日からです。最長の有効期限は受理した月の1日～最初に到達する8月末までとなります。(任継は1年)

・この申請書は各事業所担当者宛て送付下さい。(PDF・FAXにて申請した場合は原本提出は不要です)

* 事業所担当はヤマハ健保HP>申請書一覧> 申請書提出先

* 被保険者は太枠内をご記入ください

被保険者情報		被保険者等 記号番号		1 — 123456		事業所名		ヤマハ株式会社		※任継除く	
被保険者	氏名	山葉 太郎				課係名	△△△事業部×××課		メールNO XXX		
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 XX 年 XX 月 XX 日				職場TEL	XXX—XXX—XXX		※日中連絡の取れる番号をご記入下さい		
	住所	〒 ※限度額認定証を必要とする 実際の治療を受ける方の氏名です 被保険者と同じ場合は、同上に✓を				TEL	自宅 () - 携帯 XXX - XXX - XXX				
	療養を受ける方	氏名	山葉 花子				生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX 年 XX 月 XX 日		続柄 妻	
認定	療養予定 期間	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 令和 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 令和 XX 年 XX 月 XX 日 まで <input type="checkbox"/> 外来				入院=入院期間の予定 外来等で高額に該当する場合はその 予定期間も記入					
対象者 情報	傷病内容	<input type="checkbox"/> 内科的疾患(病名等: 中耳炎、子宮筋腫等) <input checked="" type="checkbox"/> 骨折やケガなど外傷性によるもの・整形外科的疾患 (傷病名: 椎間板ヘルニア/じん帯損傷等)				<input type="checkbox"/> 出産					
	該当に ✓を	※ケガ・整形外科的疾患の方は以下質問にお答えください (必須)									
	外傷詳細 チェック	発症日時	令和 XX 年 XX 月 XX 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 8 時 5 分 頃 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 頃		※「傷病原因」を記載して下さい。 ・自転車で転倒し、骨折 (自損事故) ・プライベートでテニス中、足首捻挫 等						
	発症場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (交差点)		・第三者が関係した傷病ですか? <input type="checkbox"/> はい ⇒第三者行為による傷病届を添付してください。 (交通事故・暴力行為など) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ * 健保HP参照 ・業務上や通勤(退勤)途上による傷病ですか? <input type="checkbox"/> はい ⇒健康保険は利用できません。 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 勤務先へ連絡し、労働災害の手続きをお取りください。							
上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。 記入日 令和 年 月 日											
※緊急等で上記住所以外に送付希望の場合、ご記入下さい。 〒 -											

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(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知等)」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。

- ・里帰り出産等で自宅に誰もいない等の場合
- ・やむを得ず病院希望の場合は事前に病院側の受取可能か許可を得て下さい。

です。
パスポートの写し

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