

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※必須	—		事業所名 ※任継除く		
	氏 名 ※必須			課係名 ※任継除く	メールNO	
	生年月日 ※必須	昭和 平成	年 月 日	職場TEL	※日中連絡の取れる番号をご記入下さい	
	住 所	〒 —		TEL	自宅	携帯
認 定 対 象 者 情 報	療養を受ける方	氏 名 ※必須	生 年 月 日 必須		続柄 ※必須	
	療養予定 期間 ※必須	入院 外来	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日	まで ※わかる範囲で記入してください	
	傷病内容 ※必須	内科的疾患(病名等: ) 出産 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: )				
外 傷 詳 細 チ ェ ッ ク	発症日時	令和 年 月 日	※「傷病原因」を記載して下さい。			
		午前 時 分 頃				
		午後 時 分 頃				
	発症場所	自宅 その他				
	・第三者が関係した傷病ですか? (交通事故・暴力行為など)	はい いいえ	⇒第三者行為による傷病届を添付してください。 * 健保HP( <a href="https://www.yamahakenpo.or.jp/">https://www.yamahakenpo.or.jp/</a> )参照			
	・業務上や通勤(退勤)途上による傷病ですか?	はい いいえ	⇒健康保険は利用できません。 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。

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	