

発行NO.	
交付年月日	平成 年 月 日
発効年月日	平成 年 月 日
有効期限	平成 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

* 「市民税・県民税課税証明書」を添付

被 保 険 者	被保険者証 記号-番号	—	氏 名			(印)
	生年月日	昭・平 年 月 日	性 別	男 ・ 女		
	自宅住所	〒 -	日中連絡先	自宅電話 () -		
	事業所名		職場電話	携帯電話 -		メールNO.
	課係名					
減 額 対 象 者	氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日		
	被保険者 との続柄		性 別	男 ・ 女		
	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)						
記 入 欄	①	申請日の1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 日間	平成 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)	平成 年 月 日 から 日間	平成 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)	平成 年 月 日 から 日間	平成 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地			
備 考						

* 被保険者証の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)

被保険者証の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。
 被保険者証の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		