

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認定申請書

\* 被保険者は太枠内をご記入ください。(被保険者㊟必須)

被保険者	被保険者証 記号-番号	—	氏 名	㊟	
	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( )	—
				携帯電話	—
	事業所名				メールNO.
	課係名		職場電話		
認定証 交付対象者	氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日	
	被保険者 との続柄		性 別	男 ・ 女	
必要期間 (予定)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで				
受診原因等	* 該当箇所に○をつけてください 内科的疾患 ・ 出産 ・ その他 (病名等： _____ ) 骨折 ・ 捻挫 ・ 打撲 ・ 火傷 ・ 靭帯損傷 等 (病名等： _____ ) * 外傷性負傷 及び 整形外科的疾患 の場合、下記へも詳細等ご記入下さい。				
受診原因が 外傷性負傷 及び 整形外科的疾患 の場合記入	発症日時	平成 年 月 日	発症場所		
		午前・午後 時 分 頃	負傷理由	第三者行為・交通事故・業務上・通勤災害・その他 ( )	
	状 況 (詳細に)				
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。

上記のとおり健康保険限度額適用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。

**「認定証」の有効期限は、健保受付月の初日から最初に到来する8月末日までとなります。**

(必要期間が申請月の翌月以降である場合は、開始日が属する月の初日)

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	