

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

ヤンマー健康保険組合 御中

健康保険限度額適用認定申請書

※マイナ保険証を利用すれば、この申請は不要となります。マイナ保険証をぜひご利用ください。

| | | | | | | | |
|-----------------|--|--------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------|---|--|
| 被保険者記号番号 | | 記号 | 番号 | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 | 才 | |
| | 住所 | 〒 | | | | | |
| | 事業所 | ・YHD ・任意継続 ・特機E（その他 ・小形E | | 所属 | | | |
| 適用対象者 | 氏名 | | | 続柄 | 性別 男 ・ 女 | | |
| | 生年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 才 | ・公費受給者証はお持ちですか？ (乳幼児・障害等) 有 ・ 無 | | | |
| | ・受療の原因は？ | | ・ケガが原因の場合は、以下に○をつけてください | | | | |
| | ケガ ・ ケガ以外 | | 第三者行為（交通事故等）による？ | | 勤務中・通勤中の事故による？ | | |
| | | | はい ・ いいえ | | はい ・ いいえ | | |
| ・外来又は入院月（予定月）は？ | | 外来 ・ 入院 | | 年 月 | | | |
| 証送付先 | ※限度額適用認定証の送付は、原則事業所窓口経由となります（任意継続被保険者を除く） 緊急時などのやむを得ない理由により、社内便での送付を希望されない場合は、下記ご記入願います | | | | | | |
| | 住所 〒 | | | | | | |
| | 自宅 ・ 留守宅 ・ その他（ ） | | | | | | |
| | 受取人名（被保険者本人以外の場合） | | | 被保険者との関係 | | | |
| やむを得ない理由： | | | | | | | |

下記の＜留意事項＞を確認のうえ、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。

年 月 日提出

＜留意事項＞

※この認定証は、医療機関の窓口へ提示することにより、窓口での支払いが自己負担限度額までで済むものです。申請をしない場合でも、窓口で支払った自己負担限度額を超える額は、健康保険組合から後日（約3ヵ月後）、高額療養費として被保険者へ自動的に給付いたしますので、最終的に自己負担される額に変わりはありません。

※認定証の有効期間は、下記①・②～原則3ヶ月間となります。（引き続き必要な場合は再申請してください）

①「外来又は入院月」が、申請書到着月より前もしくは同じ場合・・・申請書到着月の1日から

申請書の到着月をまたいでの遡り交付はできませんので、ご了承願います。

②「外来又は入院月」が、申請書到着月より先の場合・・・「外来又は入院月」の属する月の1日から

以下の記入は不要です

| | |
|-------|---------------|
| 交付年月日 | 年 月 日 |
| 発効年月日 | 年 月 日 |
| 有効期限 | 年 月 日 |
| 返却年月日 | 年 月 日 |
| 適用区分 | ア ・ イ ・ ウ ・ エ |

標準報酬月額：

回目

（前回有効期限）年 月 日

事業所窓口 経由