

|      |     |    |
|------|-----|----|
| 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

|           |  |                                       |                                    |          |                            |  |
|-----------|--|---------------------------------------|------------------------------------|----------|----------------------------|--|
| 被保険者証記号番号 |  | 記号                                    |                                    | 番号       |                            |  |
| 被保険者      | 氏名   |                                       | Ⓜ                                  | 生年月日     | 昭和<br>平成<br>年 月 日 才        |  |
|           | 住所   | 〒                                     |                                    |          |                            |  |
|           | 事業所  | ・ヤンマー(株)・任意継続<br>・特機E<br>・小形E<br>・その他 |                                    | 所属       |                            |  |
| 適用対象者     | 氏名   |                                       | 続柄                                 |          | 性別 男 ・ 女                   |  |
|           | 生年月日   | 昭和<br>平成<br>年 月 日 才                   | ・公費受給者証はお持ちですか?<br>(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?<br>はい ・ いいえ       |          | 勤務中・通勤中の事故による?<br>はい ・ いいえ |  |
|           | ・外来又は入院月(予定月)は?  |                                       | 外来 ・ 入院                            |          | 平成<br>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)<br>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