

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書  
(被保険者本人の地方税が「非課税」の場合に適用)

注意事項	1. 認定証は、申請書を受理した日の属する月の1日から有効のものを交付します。 2. 市区町村が交付した被保険者本人の「非課税証明書(原本)」を必ず添付すること。 3. 有効期限が満了した認定証は、速やかに当健康保険組合に返却すること。
------	--

ヤマトグループ健康保険組合 理事長 殿

※太枠内のすべての項目を記入すること

下記のとおり限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

被保険者	記号	番号	氏名
	連絡先電話番号	(平日の日中に連絡可能な電話番号を記入すること)	

入院(通院)をする者	氏名	被保険者との続柄			
	性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)	
	入院(通院)する病院	病院の電話番号			
	入院(通院)予定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			
	負傷原因について	仕事中若しくは通勤途中(行き帰りの)負傷又は第三者の行為(交通事故や暴力行為等)によって負傷した場合は、事前に当健康保険組合まで連絡すること。 電話 03-6327-1047			
	認定証の送付先 (認定証は普通郵便で送付します)	住所	〒		
		受取人氏名			
	長期入院	該当・非該当 (長期入院とは申請日前1年間に90日を超える入院があった場合)			
	長期入院に該当する場合に記入	①	申請日前1年間の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)	
			入院した保険医療機関等	名称	電話番号
		②	申請日前1年間の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)	
			入院した保険医療機関等	名称	電話番号
		③	申請日前1年間の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)	
入院した保険医療機関等			名称	電話番号	

※申請内容に不備があると認定証を交付できないので正しく記入すること

【申請書の送付先】

ヤマトグループ健康保険組合 給付担当グループ (宛て)

- ・ 社内便の場合 仕分コード 31-33-90 (銀座煉瓦街営業所気付)
- ・ 郵送の場合 〒104-0061 東京都中央区銀座2丁目16-10

健康保険組合記入欄

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

確認者	担当者

受付日付印