

常務理事	事務長	係	係

交付対象となるのは、資格確認書を保有している方です。
マイナ保険証を保有している方は、交付対象外となります。

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号	番号	社員番号					
	氏名 (自著)	(フリガナ)		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	
住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 TEL ()								

対 象 者	対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません。								
	氏名	(フリガナ)	被保険者との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
限度額証 必要期間	申請月の初日 ~ 令和 年 月末日(最長1年間) ※1年以上の期間を記入された場合は1年間で発行します。 ※未記入の場合は、申請月の初日~末日で発行します。								
傷病原因	1. 第三者による骨折やけが等 2. 自損によるけが 3. 1と2以外の私傷病 (裏面「6」をご参照ください)								
外傷の場合のみ具 体的状況記入									

送 付 先	上記被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません。 被保険者住所以外に送付を希望する場合のみご記入ください。 *会社宛の場合は社名・部署名等、病院宛の場合は病院名・病室等・個人名をご記入ください。								
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 TEL ()							
	*社名・部署名 病院名・病室等	宛名 (個人名)							

申 請 代 行 者 欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。 また、代行申請する場合は被保険者氏名欄の氏名の後ろに(代筆)とご記入ください。								
	氏名 (自著)			被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中 <input type="checkbox"/> その他				

〔備考〕

健康受付日付印

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。

※健保使用欄

発効月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月末
適用区分	ア・イ・ウ・エ

[限度額適用認定証の申請における留意事項]

- 1 限度額適用認定証の交付対象者は入院・外来診療中又は入院・外来診療等の予定のある方に限ります。
- 2 限度額適用認定証の有効期限は、入院・外来診療等の予定期間に基づいて定めますので認定証必要期間をご記入ください。厚生労働省の通達により「発効年月日欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること」と定められているため、前月に遡っての発行はできません。また翌月分や2ヶ月先などの事前受付もできませんので使用する月に到達次第すみやかにご申請ください。
なお、申請書は、郵送にて以下の提出先までご送付ください。

<申請書の提出先・認定証の返納先>
〒102-0094
東京都千代田区紀尾井町1-3
東京ガーデンテラス紀尾井町 紀尾井タワー23階
YG健康保険組合 宛

- 3 有効期限は発効日の属する月から最長1年以内の月の月末となります。
- 4 被保険者又は被扶養者が下記の事由に該当した際には、認定証を返納してください。
 - ① 被保険者が資格を喪失したとき。
 - ② 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
 - ③ 認定証の有効期限に達したとき。
 - ④ 被保険者が所得の変動等に伴い適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき(適用対象者が70歳に達する月の翌日に至ったときを含む。)
 - ⑤ 適用対象者が後期高齢者医療制度の対象者となったとき。
 - ⑥ 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
- 5 業務上の事由又は通勤による負傷、疾病には使用できません。
- 6 第三者による骨折やけが等の場合は、下記ガリバーインターナショナル株式会社求償課(YG健康保険組合業務委託先)へご連絡ください。

<第三者行為が原因で病気やけがをした場合の連絡先>
〒103-0025
東京都中央区日本橋茅場町3-4-2
ガリバーインターナショナル株式会社
求償課
TEL:03-3527-3728
Email:tky-kyusyou@gulliver-i.co.jp