

常務理事	事務長		係員

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(その1)

被保険者証記号番号		-				
被保険者	氏名			事業所	名称	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		所在地	
適用対象者	氏名			被保険者との 続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日			
※入院の場合 (予定)期間	令和 年 月 日 ~ 月 日			病院名		
※骨折・打撲等の場合は 負傷原因を記入してください						
長期入院 (申請月以前の1年間で非課税期間の入院期間が90日を超える場合) ※長期該当者として申請する場合は(その2)も記入してください。					該当・非該当	
被保険者 (適用対象者)	住所					
	連絡先	(自宅又は携帯) (所属内線又は外線)				

※は該当する場合に記入してください。

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

対象者の保険証のコピーを
ここに貼付してください。

- ・必要事項を記入し対象者の保険証のコピーを貼付して提出してください。
- ・(その2)の「市区町村が証明する欄」に証明を受けるか、「非課税証明書」を貼付してください。
- ・健康保険組合で受付次第「限度額適用認定証」を交付します。
- ・認定証の発行年月日は申請日(健保受付日)の月の初日となります。

(健保記入欄)

郵 送 日	・自宅 ・所属 ・直接 ・その他 ()	返 却 日	入 力 日
-------------	----------------------------------	-------------	-------------

ここから下は長期入院該当者として申請する方のみ記入してください。			
入院日数合計 ()			日間
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
①	入院をした保険医療機関の名称・所在地	名 称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
②	入院をした保険医療機関の名称・所在地	名 称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
③	入院をした保険医療機関の名称・所在地	名 称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
④	入院をした保険医療機関の名称・所在地	名 称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
⑤	入院をした保険医療機関の名称・所在地	名 称	
		所在地	

市区町村が証明する欄	当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
	市区町村名 印

4月から7月診療分については前年度の証明、8月から3月診療分については当年度の証明を受けてください。