

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者（申請者）記入用

以下のとおり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。

年 月 日

被 保 険 者 の 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	会社名						
	従業員番号				所属					
	申請者氏名（自署）				メールアドレス					
	被保険者住所	(〒 -)			日中連絡先（TEL）					
減 額 対 象 者	氏名	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日			
	療養予定期間	年	月	日	～	年	月	日		
	長期入院	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	入院日数合計	日間					
長 期 入 院 に 該 当 す る 場 合 に 記 入	1	申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年	月	日から	年	月	日まで	日数	日間
		入院をした 保険医療機関等	名称							
	2	申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年	月	日から	年	月	日まで	日数	日間
		入院をした 保険医療機関等	名称							
	3	申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	年	月	日から	年	月	日まで	日数	日間
		入院をした 保険医療機関等	名称							
		所在地								

希望送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者の情報に記入した住所
	<input type="checkbox"/> その他〔 <input type="checkbox"/> 実家・ <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 職場〕 ※宛名（様方・気付）、部屋番号、病棟、病室番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。
住所	(〒 -) TEL:
宛名	

■「被保険者」および「認定対象者」以外の方が申請する場合にご記入ください。

申 請 代 行 者 欄	氏名（自署）	被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 総務・人事担当者 <input type="checkbox"/> 上長
	日中連絡先（TEL）	申請代行の 理由	<input type="checkbox"/> 家族（続柄） <input type="checkbox"/> その他（） <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他（）

市 区 町 村 長 証 明 欄	当該被保険者（氏名）は（）年度の市区町村民税が課されないこと証明する。
	市区町村長名 (印)

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。

※認定証の有効期間は、発行月1日から最長で初めて到来する7月末日までとなります。

※（非）課税証明書（原本）を添付する場合は、「市区町村長証明欄」の証明は必要ありません。

受付日付印