

健康保険

# 限度額適用・標準負担額 減額認定申請書

(市区町村民税非課税者用)

常務理事	事務長	係	

記入方法については、記入例をご確認ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号	番号	生年月日				
				昭和 平成	年	月	日	
	被保険者氏名	ふりがな						
住 所	〒						都 道 府 県	市 区 郡
	電話							-

対 象 者 情 報	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要はありません)	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	被保険者との続柄	性別	男 ・ 女				

療養期間等	療養予定期間	令和 年 月 日 ~					
療養する方は、長期入院されましたか？ ※長期入院とは、申請月以前1年間に90日間を超えて入院されていることです。但し、非課税期間の入院に限ります。	1. はい	2. いいえ					→ 「はい」と答えた場合、2ページ目の「長期入院欄」に申請月以前1年間の入院期間をご記入ください。
	第三者行為による傷病ですか？	1. はい	2. いいえ				※第三者行為(交通事故等)による傷病の場合は、事前に健保組合までご連絡ください。

送 付 希 望 先	ご希望の送付先を選択してください。								
	1. 上記住所に送付								
	2. 社内便	(事業所)	(部署名)						
	3. その他	〒						都 道 府 県	市 区 郡
(宛名)							電話	-	-

申 請 代 行 者 欄	被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。(家族、事業所の健保担当者が代行する等)						
	氏名					被保険者との関係	
	電話番号 (日中の連絡先)	-	-	申請代行 の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他( )		

上記のとおり、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。 令和 年 月 日

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)
<input type="text"/>

※社内便又は郵送にて提出してください。

受付印

〒104-0031

東京都中央区京橋一丁目19-5

味の素健康保険組合

長期入院記入欄	申請を行なった月以前 1年間の入院日数合計		日間									
	①申請を行なった月以前 1年間の入院期間(日数)		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間
	入院した 医療機関等	名称										
		所在地										
	②申請を行なった月以前 1年間の入院期間(日数)		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間
	入院した 医療機関等	名称										
		所在地										
	③申請を行なった月以前 1年間の入院期間(日数)		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間
	入院した 医療機関等	名称										
		所在地										
	④申請を行なった月以前 1年間の入院期間(日数)		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間
	入院した 医療機関等	名称										
		所在地										
	⑤申請を行なった月以前 1年間の入院期間(日数)		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間
	入院した 医療機関等	名称										
		所在地										

※市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

市区町村長	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を証明する。  (市区町村長名)
-------	--

■ 添付書類

●住民税非課税の方…被保険者の住民税の(非)課税証明書(原本)

(申請書の証明書欄に記載を受けた場合は不要)

※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～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。

(例)・令和元年度8月診療分～令和2年7月診療分:令和元年度(平成30年中収入)の証明書

・令和2年度8月診療分～令和3年7月診療分:令和2年度(令和元年中収入)の証明書

●長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えて入院)される方…入院期間を証明する書類

(入院期間が記載されている領収書など)