

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書				常務理事	事務長	担当者
市区町村民税非課税などの低所得者用 被保険者（申請者）記入用①						
記入方法および添付書類等については、健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入例をご確認ください。 申請書は、横書で枠内に丁寧に記入ください。						
1	被保険者情報	被保険者証の	記号 — 番号	生年月日		
			1 — 1 2 3 * *	昭和・平成・令和 52 年 2 月 16 日		
	氏名	(フリガナ) ダイキン タロウ				
		大金 太郎				
住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 530 — ****)					
	大阪市北区〇〇2-4-1 2					
		TEL: 090 (XXXX) XXXX				
2	療養を受ける方 (被保険者の場合は、 記入の必要が ありません。)	氏名		生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	
	療養予定期間（申請期間）		令和 3 年 8 月 ～ 令和 4 年 1 月			
	療養する方は、長期入院されましたか？ ※長期入院とは、申請を行った月以前 1 年間に既に 90 日を超えて入院されている事です。市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。				☒ はい ☐ いいえ	
3	【認定証送付先の決まり】 ◆認定対象者が被保険者（本人）・任意継続者（本人・家族）の場合 → 被保険者情報に記載頂いたご住所へ簡易書留にて郵送。 ◆認定対象者が被扶養者（家族 ※任意継続家族を除く）の場合 → 被保険者のご勤務先へ社内メール便（親展扱い）にて発送。 上記条件以外の場所へ送付を希望の場合、下欄にご記入ください。 ※〇〇様方、〇〇病院〇階〇病棟〇〇号室 等、詳しくご記入ください。 尚、送付先が病院の場合は、必ず事前に病院の許可を得てから送付先に指定するようにしてください。					
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 —) TEL: ()				
	宛名					
4	＜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＞ (注意) 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。 <u>尚、必要とされる方が家族の場合でも、証明もしくは非課税証明書は被保険者分が必要です。</u>					
	当該被保険者（氏名： 大金 太郎 ）には、令和 3 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 大阪市長 〇〇 〇〇					令和 3 年 7 月 15 日
5	健保記入欄	交付年月日	令和	年	月	日
		適用年月日	令和	年	月	日
		有効期限	令和	年	月	日
受付印 						

2022.04 ダイキン工業健康保険組合

- ① 記号・番号は、健康保険被保険者証に記載されていますので、ご確認のうえ、ご記入ください。
- ② 療養する方が、長期入院された場合は、必ず 2 ページ目をご記入ください。
- ③ 認定証送付先の決まりに記載のある場所以外に送付を希望される場合は、必ずご記入ください。
- ④ 市区町村長の証明が受けられた場合は、非課税証明書の添付は不要となります。
- ⑤ 本認定は、当該申請のあった月の属する年の翌年 7 月末日（当該申請が 1 月から 7 月迄の場合は、当該申請のあった月の属する年の 7 月末日）まで有効となります。

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などの低所得者用

被保険者（申請者）記入用②

記入方法および添付書類等については、健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入例をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

長期入院欄	申請を行った月以前 1 年間の入院日数合計	98 日間		
	① 申請を行った月以前 1 年間の入院期間（日数）	□ 平成 ■ 令和 3 年 4 月 6 日から	□ 平成 ■ 令和 3 年 5 月 27 日	52 日間
	入院した 保健医療機関等	名称 ○○総合病院 所在地 大阪市北区○○25-25		
	② 申請を行った月以前 1 年間の入院期間（日数）	□ 平成 ■ 令和 3 年 6 月 6 日から	□ 平成 ■ 令和 3 年 7 月 15 日	40 日間
	入院した 保健医療機関等	名称 ○○総合病院 所在地 大阪市北区○○25-25		
	③ 申請を行った月以前 1 年間の入院期間（日数）	□ 平成 ■ 令和 3 年 7 月 20 日から	□ 平成 ■ 令和 3 年 7 月 25 日	6 日間
	入院した 保健医療機関等	名称 △△医療センター 所在地 大阪府枚方市○○○○XX-XX		
	④ 申請を行った月以前 1 年間の入院期間（日数）	□ 平成 □ 令和 年 月 日から	□ 平成 □ 令和 年 月 日	日間
	入院した 保健医療機関等	名称 所在地		
	⑤ 申請を行った月以前 1 年間の入院期間（日数）	□ 平成 □ 令和 年 月 日から	□ 平成 □ 令和 年 月 日	日間
入院した 保健医療機関等	名称 所在地			

長期入院（申請日の前 1 年間に減額対象者としての入院日数が 90 日を超える場合）による申請をする場合は、その入院期間（日数）を確認できる保険医療機関等の領収書等を添付してください。

2022. 04

ダイキン工業健康保険組合

【添付書類について】

- 市区町村民税が非課税の方は、被保険者の非課税証明書（原本）を提出するか、1 ページ目の④欄に、市区町村長の証明を受けるかのいずれかの対応が必要です。
尚、4 月～7 月診療分については前年度の証明が、8 月～翌 3 月診療分については当年度の証明が必要です。
例＞令和 2 年 8 月～令和 3 年 7 月までの認定証が必要な場合、令和 2 年度分（令和元年中収入）の証明書が必要
- 長期入院（申請月以前の 1 年間で 90 日を超えて入院）された方は、入院期間の証明書類が必要です。
例＞入院期間が記載されている領収書など
- 申請に必要な証明書等を取得した際に発生した費用は、申請される方のご負担となります。