

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者等記号番号		-		申請日 令和 年 月 日	
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		住所
対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者(対象者)の療養予定期間		令和 年 月 ~ 令和 年 月			
被保険者(対象者)の住所		〒 -			
確認欄		<input type="checkbox"/> この届は、申請者本人(被保険者)が作成したものです			
備考欄		被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)			

- 長期入院に該当する場合は、下欄に申請をおこなった月以前1年間の入院期間を医療機関ごとに記入してください。  
長期入院とは、申請をおこなった月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。

長期入院欄	①	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 日間			
		入院した 保険医療機関等	名称			
	所在地					
	②	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 日間			
		入院した 保険医療機関等	名称			
	所在地					
	③	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 日間			
		入院した 保険医療機関等	名称			
	所在地					
	④	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 日間			
入院した 保険医療機関等		名称				
	所在地					
⑤	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 日間				
	入院した 保険医療機関等	名称				
所在地						
入院日数合計		日間				

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定を申請します。

- 添付書類
  - ① 市町村民税非課税証明書
  - ② 入院期間を証明する書類(長期入院該当者のみ)
  - ※ 境界層該当者となる場合は、①②以外の添付書類も必要となります。詳細については、健康保険組合にお問い合わせいただくか、ホームページをご参照ください。

【健保処理欄】	有効期間	令和 年 月 日~令和 年 月 日	証回収日	令和 年 月 日
---------	------	-------------------	------	----------