

所属 支社名		支社長 確認印 (太陽営業職員 の印)	健保処理欄 常務理事 事務長 担当者
連絡先(IPコード・内線等)	担当者名	山	

←太陽生命営業職員の方は支社長確認印をお願いします

記入見本

※被保険者の方が、住民税(市区町村民税)が非課税者である場合に使用する申請書です

「事業所」欄は任意継続者は記入不要

健康保険 限度額適用・食事療養標準負担額減額認定申請書

申請日:平成 30年11月1日

事業所	名称	太陽生命保険㈱	所属 支社名	西東京支社	
記号番号	記号	1010	番号	11111	
被保険者	氏名・印	太陽 花子 (太)	生年月日	S・H 60年 12月12日	
適用対象者 (認定証を使う方)	氏名	同上	生年月日	S・H 年 月 日	
	続柄	本人	※本人の場合は「本人」と記入	性別	男・(女)
	住所	〒000-0000 東京都中央区日本橋0-0-0 太陽マンション111			
使用目的 (必ず記入)	目的(いずれかに○)	○入院 ・ 外来(薬局) ・ 入院・外来両方			
	入院期間(予定)	H30年11月10日から	H30年12月20日まで		
	手術日(予定)	H30年11月12日	※入院期間・手術日はわかる範囲の記入で結構です		
	病院名・薬局名等	ひまわり病院			
	傷病名	肝臓がん			
長期入院(通算90日以上)	○該当		非該当(以下記入不要)		

「長期入院」欄は申請前1年間の入院日数が90日以上は該当、90日未満は非該当に

ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間	H30年 1月 22日から	H30年 3月 20日まで	58日間
	入院をした保険医療機関等	名称 ひまわり病院	所在地〒000-0000 東京都〇〇区〇町3-4-5	
②	申請日の前1年間の入院期間	H30年 7月 21日から	H30年 9月 30日まで	72日間
	入院をした保険医療機関等	名称 ひまわり病院	所在地〒000-0000 同上	
③	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地〒	
入院日数合計				130 日間

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。

※市区町村民税が証明する欄	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。
	市区町村長名 印

↑非課税証明書添付の場合は不要です

受付日付印

「市区町村が証明する欄」は非課税証明添付あれば

※添付書類・適用対象者(認定証を使う方)の非課税証明書

□確認済

・長期の場合は入院期間が証明できる書類

※証明書の有効期限は、7月31日になります。7月～8月にかかる場合は2枚申請が必要です。

【非課税証明書について】

①例)H29.8月～H30.7月中に入院→H29年度(H28年分)非課税証明書を添付

②例)H30.8月～H31.7月中に入院→H30年度(H29年分)非課税証明書を添付

③例)H30.7月～9月まで入院→申請書2枚にH29年度(H28年分)とH30年度(H29年分)非課税証明書を添付

有効期限は7月31日です。
7月～8月にかかる場合は
2枚の申請・2枚の非課税証明書(前年・前々年度分)を
提出下さい。