

所属 支社名		支社長 確認印 (太陽営業職員 の印)
連絡先 (IPコード・内線等)	担当者名	山

健保処理欄		
常務理事	事務長	担当者

←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 27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	
		連絡先 (IPコード・内線等)【 333		】担当【 山田 】		
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		※適用対象者の住所を記入		
		東京都中央区日本橋〇-〇-〇 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)	H27年11月10日から		H27年12月20日まで		
	手術日(予定)	H27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	H27年 1月 22日から		H27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	H26年 7月 21日から		H26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。	印
	市区町村民長名	

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

↑非課税証明書添付の場合は不要です

※添付書類・適用対象者(認定証を使う方)の非課税証明書
・長期の場合は入院期間が証明できる書類

確認済

※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)H24.8月～H25.7月中に入院→H24年度(H23年分)非課税証明書を添付
②例)H25.8月～H26.7月中に入院→H25年度(H24年分)非課税証明書を添付
③例)H25.7月～9月まで入院→申請書2枚にH24年度(H23年分)とH25年度(H24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。