

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

※前年度・住民税が非課税の方の申請書です(通常は8-1の書式をご使用下さい。)

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 年 月 日

事業所	名称				
記号番号	記号	番号			
被保険者	氏名・印	生年月日	S・H	年	月 日
適用対象者 (認定証を使う方) ※住所は必須です	氏名	生年月日	S・H	年	月 日
	続柄			性別	男・女
	住所	〒 ※適用対象者の住所を記入			
使用目的 【注意】以下については保 険適用外です ★通勤途中・業務中の事 故→労災適用 ★第三者行為による傷病 →「第三者行為による傷 病届」を届出ください(TO Pページ→病气やケガをした とき→交通事故にあったと き、を参照)	目的(いずれかに○)	入院・外来(薬局)・入院・外来両方			
	使用予定期間	年	月	日から	年 月 日まで
	手術日(予定)	年	月	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				
	傷病名				
※ケガの場 合に記入	●月日:	月	日	時頃	●場所:
	●状況:				
長期入院(通算90日以上)		該当		非該当(以下記入不要)	

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	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〒					
②	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〒					
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								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。

※市区町村長 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。	受付日付印
	市区町村長名	印

↑非課税証明書添付の場合は上記証明は不要です ※遡及することはできません。

非課税証明書を添付してください。

※添付書類 ・被保険者の非課税証明書
・長期の場合は入院期間が証明できる書類

※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

★原則、事業所又は所属宛に送付しますが、自宅等を希望の場合は、あて先記入の封筒に、392円分の切手(書留料金です)を貼付して添付下さい。受取人が必要となりますのでご留意下さい。