

所属 支社名	
連絡先(IPコード・内線等)	担当者名
	印

健保処理欄		
常務理事	事務長	担当者

※前年度・住民税が非課税の方の申請書です(他の方は「健康保険限度額適用認定証交付申請書」をご使用下さい)

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

申請日: 令和 年 月 日

被保険者等	記号		番号		枝番	00
被保険者	氏名		生年月日	昭・平	年	月 日
適用対象者 (認定証を使う方)	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月 日
	続柄		妻・長男・長女等記入ください		性別	男・女
使用期間(予定)	令和 年 月 ~ 令和 年 月					
※ヶの場合に記入	年月日	令和 年 月 日() 午前・午後 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)	

↓
長期入院に該当される方は①～③をご記入ください。
※入院期間が証明できる書類を添付してください。

長期入院に該当される方	①	申請日の前1年間の入院期間	令 年 月 日から	令 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	令 年 月 日から	令 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	令 年 月 日から	令 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				

該当する市町村名等をご記入ください。

非課税者の 情報	診療月が 1月～7月の場合	「診療月の前年1月1日」の 住民票住所の	郵便番号 〒 -
	診療月が 8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日」の 住民票住所の	郵便番号 〒 -
		市区町村名	市区町村名

上記のとおり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。

★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、460円分の切手(簡易書留料金分)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。