

| | | | | | |
|----------------|------|--------------------------------|-------|-----|-----|
| 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「健康保険限度額適用認定申請書」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: 令和 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 | 昭・平 | 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 | 昭・平・令 | 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→病気やケガをした 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 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | |
| | 手術日(予定) | 令和 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: 令和 年 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 | 平・令 年 月 日から | 平・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 | 平・令 年 月 日から | 平・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 | 平・令 年 月 日から | 平・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 | | | | 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R1.8月～R2.7月中に入院→R1年度(H30年分)非課税証明書を添付
②例)R2.8月～R3.7月中に入院→R2年度(R1年分)非課税証明書を添付
③例)R2.7月～R3.9月まで入院→申請書2枚にR1年度(H30年分)とR2年度(R1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、404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。

太陽生命健康保険組合