

### 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

- 【注意事項】
1. 発効年月日は、健康保険組合が申請書を受付した日の月初から交付します。
  2. 対象者が70歳未満の方は被保険者の非課税証明書(原本)を添付してください。  
対象者が70歳以上の方は世帯全員の非課税証明書(原本)を添付してください。

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号		番号									
	被保険者氏名				生年月日	S・H	年	月	日				
	住 所												
	所 属 <small>※任継特退者は記入不要</small>	事業所(会社)名						社内TEL					
	対象者氏名				生年月日	S・H・R	年	月	日	続柄			
	申請理由 (いずれかに○)	1. 市町村民税非課税世帯 2. 標準負担額の減額により生活保護法の規定による保護を必要としない状態となる方 → 別途書類を添付											
	入院期間	令和 年 月 日 から			令和 年 月 日								
長期入院 (いずれかに○)	療養する方は、長期入院されましたか？ ※長期入院とは、申請月以前の1年間に90日を超えて入院されていることです。 但し、市区町村民税が課されていない期間の入院に限ります。 1. はい ⇒ <u>以下の長期入院期間をご記入ください</u> 2. いいえ												
長期 入院 期間	①申請月以前1年間の 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間											
		医療機関名称 所在地											
	②申請月以前1年間の 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間											
医療機関名称 所在地													
③申請月以前1年間の 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間												
	医療機関名称 所在地												
備考													
事業所 記入欄	所 属	事業所名						担当者 受付印					
		部 課											
担当名				TEL									
健 保 記 入 欄	発効年月日	令和 年 月 日			常 務 理 事								
	有効期限	令和 年 月 日				担 当 者							
	備考												

※ 発病又は負傷の原因が業務上又は通勤途中の事故による場合、労災保険からの給付があるためこの申請は受け付けられません。  
 ※ 長期入院該当者は、申請月を含む1年間の入院日数が90日を超える入院請求書または領収書(写)を添付してください。  
 ※ 本様式に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合により公表の利用目的の範囲内で活用されます。