

常務理事	事務長	担 当	担 当

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者等の 記号番号	記号	事業所名						
	番号	部署名	電話					
被保険者 氏名	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日	
				平成				
被保険者 住所	〒		電話 ()					
認定対象者 氏名	フリガナ		被保険者 との続柄	生年月日	昭和	年	月	日
					平成			
外来・入院	1. 外来 2. 入院 (入院予定期間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)							
傷病原因	1. 骨折やケガ等外傷性によるもの 2. 「1」以外によるもの							
負傷原因	※「1.骨折やケガ等外傷性によるもの」の場合、「負傷原因」欄をご記入ください。							
	負傷した日時	令和 年 月 日						
	負傷した状況	1. 工作中 2. 通勤・通学の往復中 3. 交通事故等 4. その他 (自宅・学校・)						
	どこで	(自宅のそばの路上で 等)						
	何をしているとき	(自転車を走行中 等)						
	体のどこを	(右腕を 等)						
	どのように負傷したか	(転倒して負傷した 等)						

認定証 送付先	1. 事業所部署へ送付 (社内送達) 2. 被保険者住所へ送付 3. その他住所へ送付							
	※「3.その他住所へ送付」を希望する場合、住所をご記入ください。							
	〒							

※被保険者、認定対象者以外の方が申請する場合、「申請代行」欄ご記入ください。

申請代行	氏名		被保険者との続柄	
	住所	〒		
	代行理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他 ()		

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。 令和 年 月 日

【注意事項】 * 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」は、使用終了後に、必ずご返却ください。

被保険者が当年度(この書類を提出するのが4月～7月の場合には前年度)の市区町村民税が非課税の場合、『市区町村民税非課税証明書(原本)』の添付、または以下に市区町村長より証明を受け申請してください。

市区町村長 証明欄	当該被保険者には、令和 _____年度の市区町村民税が課せられないことを証明する。	
	令和 年 月 日	
	市区町村長	

受付日付印

被保険者が市区町村民税非課税の場合、食事療養標準負担額の減額申請ができますので、以下の内容をご記入ください。

被保険者等の 記号番号	記号	認定対象者 氏名	フリガナ		被保険者 との続柄	
	番号					
認定対象者は、長期入院(※)に該当していますか					☐ はい	
(※)長期入院とは、申請月以前12ヶ月間にすでに90日間以上の入院をしていること					☐ いいえ	
※「はい」の場合(長期入院に該当する場合)、下記をご記入ください。						
①	申請前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日から 令和 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	申請前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日から 令和 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	申請前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等		名称			
			所在地			
④	申請前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等		名称			
			所在地			
⑤	申請前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等		名称			
			所在地			

※長期入院に該当している場合、入院期間を証明するもの(入院期間が記載されている領収書のコピー等)を添付の上、申請してください。