

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

「注意事項」

1. 健保組合が申請書を受け付けた日の属する月の1日から7月31日まで有効の認定証を交付します。
2. 住民税非課税世帯の方は、**被保険者本人の「非課税証明書の原本(※年度注意)」**を添付してください。
 ※受診する月が4月から7月の場合：前年度分の非課税証明書
 受診する月が8月から翌年3月の場合：今年度分の非課税証明書

※太枠線内を記入してください。

記入日		令和	年	月	日	↓被保険者氏名は手書きでお願い致します					
被 保 険 者 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号		被保険者 氏名	(フリガナ)					
	被保険者の勤務 する事業所名称	※任意継続者は記入不要です			所属・電話番号	(TEL :)					
	被保険者住所	〒 - 都道府県 (TEL : - -) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください									
認 定 証 交 付 対 象 者 欄	対象者氏名 (療養を受ける人)	(フリガナ)	続柄	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	対象者の傷病の原因 (いずれかに✓)	1. 第三者の行為(交通事故、暴力行為等)に該当しますか？				<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
		2. 通勤途中または業務中のものでしょうか？				<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
	※上記1または2で「はい」に該当する方は、事前に(健保)までご連絡ください										
	減額申請の理由 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 標準負担額の減額により生活保護法の要保護者とならない方									
	長期入院 (いずれかに✓)	交付対象者は、以前に長期入院されていませんか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※長期入院とは、申請日前1年間に90日を超えた入院を言います(但し、市町村民税非課税期間に限る) ※上記で「はい」に該当する方は、下の「長期入院該当の場合」に内容をご記入の上、「入院期間等がわかる書類(領収書や証明書など)」を添付してください									
	長 期 入 院 該 当 の 場 合	①	入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日間
		医療機関名 所在地									
②		入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日間	
	医療機関名 所在地										
③	入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日間		
	医療機関名 所在地										
認 定 証 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所に送付希望 〒 病院に送付希望の方 病院名 部屋番号										
申 請 代 行 者 欄	申請代行者氏名	(フリガナ)	被保険者との関係			<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	申請代行者住所	〒 (TEL : - -) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください 被保険者と同じ住所の場合は、連絡先(TEL)のみご記入ください									
	申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中のため 2. その他 ()									

T 0420(0604)

【マイナンバーカードの健康保険証利用について】

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
 限度額適用・標準負担額減額認定証の事前申請書は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。