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。

↓被保険者氏名は手書きでお願い致します

記入日	令和　年　月　日				
被保険者欄	被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
	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)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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？				☐ はい	☐ いいえ		
		2.通勤途中または業務中のものですか？				☐ はい	☐ 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✓)	☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 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したか？				☐ はい	☐ 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							
	長期入院該当の場合 ②	入院期間	年　月　日 ～	年　月　日	日間				
		医療機関名							
		所在地							
	長期入院該当の場合 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	☐ 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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	被保険者との関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 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　(　)							

T0420(0612)

【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。