発効年月日	令和　　年　　月　　日	
有効期限	令和　　年　　月　　日	
適用区分		

常務理事	事務長	課　長	係　長	扱　者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

被保険者記号番号		―		
被保険者	氏名		事業所名称	
	生年月日	昭和・平成　年　月　日		
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		
被保険者の住所・連絡先		〒	TEL　　―　　―	
備　考（上記以外に送付の場合記入）				

※認定証は、受理した月の1日から有効となります。
※外傷性の傷病の治療の場合は、負傷原因届を併せてご提出ください。

長期入院		該　当　・　非　該　当	
ここから下は長期該当者として申請する方のみ記入してください。		入院日数合計（　　日間）	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年　月　日から 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（日数）	年　月　日から 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（日数）	年　月　日から 年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

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。

［記入にあたっての注意事項］
・この申請書は非課税者が対象となります。
　尚、非課税者であっても標準報酬月額が53万円以上の方は対象になりません。
［添付書類］
・非課税証明書（写し）

付　年　月
受　　日

首都圏デジタル産業健康保険組合

発効年月日	令和　　年　　月　　日	
有効期限	令和　　年　　月　　日	
適用区分		

常務理事	事務長	課　長	係　長	扱　者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

被保険者記号番号		9999　―　1010		
被保険者	氏名	健保　太郎	事業所名称	㈱健保企画
	生年月日	昭和・平成 50年　1月　2日		
適用対象者	氏名	健保　花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭和・平成・令和 52年　2月　3日		
被保険者の住所・連絡先		〒　〇〇〇-〇〇〇〇	TEL　〇〇〇　―　〇〇〇　―　〇〇〇〇	
		横浜市西区北幸〇-〇-〇		
備　考（上記以外に送付の場合記入）				

※認定証は、受理した月の1日から有効となります。
※外傷性の傷病の治療の場合は、負傷原因届を併せてご提出ください。

長期入院		該　当　・　非　該　当	
ここから下は長期該当者として申請する方のみ記入してください。		入院日数合計（　　日間）	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年　月　日から 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（日数）	年　月　日から 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（日数）	年　月　日から 年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

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。

［記入にあたっての注意事項］
・この申請書は非課税者が対象となります。
　尚、非課税者であっても標準報酬月額が53万円以上の方は対象になりません。
［添付書類］
・非課税証明書（写し）

付　年　月
受　　日

首都圏デジタル産業健康保険組合