

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

被保険者証記号番号		—		
被保険者	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
適用対象者	氏名			
	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)				

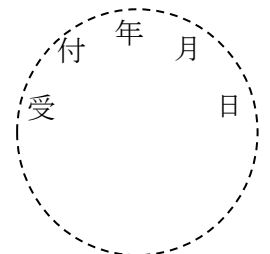
※認定証は、受理した月の1日から有効となります。

※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	日間
		年 月 日まで	
	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	日間
		年 月 日まで	
	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	日間
		年 月 日まで	
	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。

<p>[記入にあたっての注意事項]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>[添付書類]</p> <ul style="list-style-type: none"> 非課税証明書(写し)
--



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

被保険者証記号番号		9999 — 1010			
被保険者	氏名	健保 太郎			
	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		事業所名称	(株)健保企画
	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	
備考 (上記以外に送付の場合記入)		横浜市西区北幸〇-〇-〇			

※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・ <u>非該当</u>		
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	日間	
		年 月 日まで		
	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	日間	
		年 月 日まで		
	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	日間	
		年 月 日まで		
	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)

