

常務理事	事務長	係	係

※太枠内をすべてご記入ください。

		申請日	令和 年 月 日		
被 保 険 者	被保険証 記号番号	3 3 -	事 業 所	会社名	
	氏 名			所属名	※個社の方の記入は任意
	生年月日	昭・平 年 月 日		連絡先	TEL (内線 - )
	住 所	〒 -			
認 定 対 象 者	療養を 受ける方		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	被保険者との続柄	※子供の場合は長男・長女等の続柄を記入			
入院・通院期間の予定		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
療養する方は、長期入院をされましたか？ ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されている ことです。ただし、市区町村民税非課税期間の入院期間に限ります。			<input type="checkbox"/> はい ⇒ 下の入院期間欄も記入 <input type="checkbox"/> いいえ		
申請月以前の1年間の入院期間		日数	入院した保険医療機関等		
			名 称	所在地	
①	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
②	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
③	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				

以上のとおり、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。

※市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

市 区 町 村 長 印	当該被保険者 ( ) には 年度の市区町村民税が課税されないことを証明する
	市区町村長名 印

◎添付書類

- 被保険者の住民税の(非)課税証明書(原本)・・・市区町村長の証明書欄に記載を受けた場合は不要  
※4月~7月診療分については前年度、8月~翌年3月診療分については当年度の証明
- 長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えて入院)に該当する場合  
入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収書など) 受付印

《健保記入欄》

発効年月日	有効期限	交付年月日
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円	長期該当・長期非該当

発送: