

記入例

常務理事	業務局長	業務部長	課長	係長	係

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

下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。 平成 27 年 1 月 20 日

被保険者欄	1	被保険者証号・番号	(記号) 123 (番号) 456	2	事業所名称	株式会社〇〇商事			
	3	被保険者の氏名	柳橋 太郎			(印)			
	4	被保険者の生年月日	昭和 55 年 4 月 10 日						
	5	被保険者の住所	〒111-0000 東京都台東区〇〇〇1-2-3 TEL (日中の連絡先) 080 (1234) 5678						
	6	送付先住所	〒114-0000 東京都品川区〇〇〇4-5-6 TEL (日中の連絡先) 03 (3456) 7890						
		上記「5」と別の住所に送付を希望する場合のみご記入ください 宛名	株式会社〇〇商事			※勤務先や入院先等で被保険者本人以外の場合は担当者名 総務課〇〇様宛			

減額認定対象者欄	7	療養を受ける方の氏名	柳橋 敏子			8	被保険者との続柄	母
	9	療養を受ける方の生年月日	昭和 29 年 2 月 15 日					
	10	療養する方は長期入院されましたか？ <small>※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、被保険者の市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限りです。</small>	はい・いいえ ↓ <small>「はい」と答えた場合、「11」および「12」欄に記入してください。</small>					
	11	申請を行った月以前1年間の入院日数合計	92 日間					
	12	①	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 25 年 5 月 10 日 から 平成 25 年 7 月 25 日 まで		77 日間		
			入院をした保険医療機関等	名称 〇〇総合病院 所在地 東京都台東区〇〇〇123-1				
	12	②	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 25 年 8 月 7 日 から 平成 25 年 8 月 21 日 まで		15 日間		
入院をした保険医療機関等			名称 〇〇病院 所在地 東京都台東区〇〇〇3-4-5					
12	③	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		日間			
		入院をした保険医療機関等	名称 所在地					

証明するところ	13	当該被保険者(氏名 柳橋 太郎) は平成(26)年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名 台東区長 〇〇 〇〇 (印)						
---------	----	--	--	--	--	--	--	--

※健保組合に申請書が届いた月により効力が発生する日が異なります。郵送にて申請される場合(月末が近い場合)は、当組合への到着日にご注意ください。
※「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付は、原則、受付日当日に処理・発送(普通郵便)を行います。速達による発送を希望される場合は、返信用封筒(切手を貼付したもの)の添付をお願いいたします。

健保組合記入欄	交付年月日	平成 年 月 日	受付印
	発効年月日	平成 年 月 日	
	長期入院該当日	平成 年 月 日	
	標準報酬月額	千円	