

常務理事	事務長	担当者

事業所担当者

**健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書
(市区町村民税非課税者用)**

被 保 険 者	被保険者証	記号		番号		
	氏名	フリガナ	生年月日			
			①	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日
	住所	〒	-	TEL	-	-
事業所名称						
事業所所在地						
適 用 対 象 者	療養を受ける方の氏名	フリガナ	生年月日			
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日	
			<input type="checkbox"/> 令和			
療養予定期間	令和	年	月	日	～ 令和 年 月 日	
長期入院されていますか？	※ 長期入院とは、申請日前1年間に90日を超えて入院されていることです。 (但し、市町村民税が課されていない期間の入院に限ります) <input type="checkbox"/> 1. はい ⇒ 2ページ目の「長期入院欄」に申請月以前1年間の入院期間をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 2. いいえ					
送付希望先	※ ご希望の送付先にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 1. 事業所宛 : 担当者に送付いたします。 緊急の場合 <input type="checkbox"/> 2. : 被保険者住所に送付いたします。 <input type="checkbox"/> 3. : ご指定の住所に送付いたします。					
	宛名					
	住所	〒	-			

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。

令和 年 月 日

- 【注意事項】** ・認定証の発効年月日は申請書を当健保で受領した日の属する月の1日となります。
 ・申請書受付月以前の認定証は交付できませんので、ご了承ください。

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		適用 区分	

~~~~~  
受 付 印