

健康保険

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請書

市区町村民税
非課税などの
低所得者用

1

2

被保険者(申請者)記入用

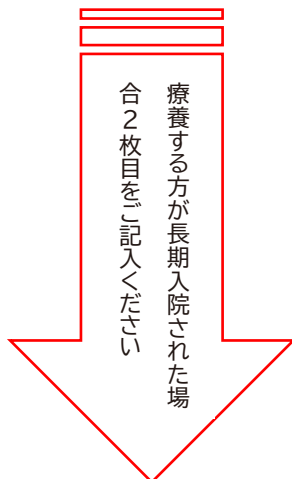
被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1 1	番号 1 2 3 4 5	生年月日 昭・平・令 5 0 0 3 2 5
	氏名 (フリガナ)	ケンポ ハナコ 健保 花子		
	住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇)	〇〇市 △△町 1-1		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (〇〇〇〇) ××××	大阪 都府県	

本申請書の提出を事業主へ委任します。…□にチェック(✓)する

認定対象者欄	療養を受ける方 氏名	健保 花子	生年 昭・平・令 50年3月25日
	療養予定期間	令和元 年 6 月 ~ 令和元 年 7 月	月日
	療養する方は、長期入院されましたか。※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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。

送付先	減額適用認定証は、事業所担当者へお送りします。(任意継続被保険者の方は、上記被保険者情報に記入した住所へお送りします。)
-----	--

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。 令和元年〇月〇日



事業所 所在地 大阪市〇区△△
名称 〇〇株式会社
代表者氏名 ◇◇ ◇◇

受付日付印

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
非課税などの
低所得者用

1 2
被保険者(申請者)記入用

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	92 日間	
	1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成 平成 令和30年8月2日 から 令和30年9月22日まで	52 日間
	入院した 保険医療機関等	名称 ○○市立病院 所在地 大阪府○○市××町	
	2 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成 平成 令和30年11月1日 から 令和30年12月10日まで	40 日間
	入院した 保険医療機関等	名称 ○○市立病院 所在地 大阪府○○市××町	
3 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称 所在地		
4 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称 所在地		
5 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称 所在地		

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。
当該被保険者(氏名**健保 花子**)は令和(30)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 平成 ○○市長

別途、非課税証明書を添付の場合この欄の証明は不要です。

市 長

※4月~7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。