

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------|--|---|---|----------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者等 記号・番号 | 記 号 番 号 | | 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - | | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | 氏 名 | | | | 住 所 | 〒 - | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対 象 者 | 氏 名 | | | | 電話番号 | () - | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 被保険者との続柄 | | | | | | | | | | | | | | |
| 外傷性による傷病 (いずれかに○をつける) | | いいえ はい ⇒ 第三者行為(交通事故・その他)・工作中(業務上)・通勤途上・その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|-------------|
| 長期入院 | 該 当 ・ 非 該 当 |
| ※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、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。 | |
| 該当する場合は、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。 | |

当組合では、マイナンバーを活用することにより、添付書類を省略しています。
 認定にあたって非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号等を記入してください。

| | | | | |
|---------|--------------|-----------------------|-------|-----|
| 非課税者の情報 | 診療月が1～7月の場合 | 「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の | 郵便番号 | 〒 - |
| | | | 市区町村名 | |
| | 診療月が8～12月の場合 | 「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の | 郵便番号 | 〒 - |
| | | | 市区町村名 | |

・マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されません。
 当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。
 ・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行しますので、下記欄をご記入ください。

| | |
|---------------------------------|--------------------|
| 認定証の送付先 (いずれかに○をつける) | 事業所 ・ 被保険者住所 ・ その他 |
| 希望送付先住所 (送付先をその他に選択した場合のみ記載) | 〒 |

| | | | | | | | |
|-----------------------|-------|-------|------|-----|---|----|-----------|
| 健 保 処 理 欄 | 発効年月日 | 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 確認 | 受付日付印 |
| | 有効期限 | 年 月 日 | | | | | |

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| 入院日数合計 | | 日間 | | | | |
|--------|---------------------------|-----|---|---|----|----|
| ① | 申請を行った月以前1年間の 入院期間(日数) | 年 | 月 | 日 | から | 日間 |
| | | 年 | 月 | 日 | まで | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| ② | 申請を行った月以前1年間の 入院期間(日数) | 年 | 月 | 日 | から | 日間 |
| | | 年 | 月 | 日 | まで | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| ③ | 申請を行った月以前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) | 年 | 月 | 日 | から | 日間 |
| | | 年 | 月 | 日 | まで | |
| | 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) | 年 | 月 | 日 | から | 日間 |
| | | 年 | 月 | 日 | まで | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |