

提出先: アクサ生命健康保険組合

メール: kenkohoken@axa.co.jp

(申請書はメール申請可。添付書類は郵送)

常務理事	係長	検算	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

※この申請書は被保険者(社員)の住民税が非課税の方向への申請書です。課税されている方は「限度額適用認定申請書」をご利用ください。

(4~7月診療分については、前年度の課税に関する証明、8月~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です。)

※下記太枠内にご記入お願いいたします。 令和 年 月 日 提出

①被保険者証の	記号	②被保険者の	氏名
	番号		生年月日 昭和・平成 年 月 日
③被保険者の現住所	〒		
④被保険者の勤務する事業所・所属の	(ア)名称 部・統括部・支社 日中連絡先: 自宅・会社・携帯 ()	営業所・課・グループ	分室
⑤被扶養者に係る申請の場合は、その者の	(ア)氏名	(イ)生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	
⑥証を使用したい期間の開始月	令和 年 月 受診分から	⑦長期入院 (年間入院日数90日超)	該当 ・ 非該当
⑧希望送付先	<input type="checkbox"/> 社内便 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 (病院に確認した上で、下記へ宛先を明確にご記入お願いいたします。) *送付先が病院と自宅の場合は、『簡易書留』にて送付いたします。		
	〒		
⑨申請代行者欄	(ア)氏名	(イ)申請代行者の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()	

*以下は長期該当者として申請する場合のみ記入(入院期間のわかるものを添付してください)

(1)	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関等の	名称 所在地	
(2)	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関等の	名称 所在地	
(3)	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関等の	名称 所在地	

上記のとおり、関係書類を添えて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。

備考欄 (健保証記号番号記載の代わりに個人番号を使用する場合は、必ず事前に健康保険組合にご相談ください)	
--	--

市区町村長が証明する欄 (市区町村発行の非課税証明書 を添付する場合は不要)	当該被保険者には平成・令和 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 市区町村町名 印
--	---

.....
受付日付印

発効年月	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
証返納日	令和 年 月 日
標準報酬月額 千円	適用区分