

| | |
|------|----------|
| 発効年月 | 令和 年 月 日 |
| 有効期限 | 令和 年 月 日 |
| | 令和 年 月 日 |

| | | | |
|------|----|----|---|
| 常務理事 | 係長 | 検算 | 係 |
| | | | |

記入例

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(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。)

令和 1 年 9 月 25 日提出

| | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------|--------|-----------------------|--------------------|---------|--------------------|
| ①被保険者証の | 記号 | 123 | ②被保険者の | 氏名 | 阿草 太郎 | | ③ |
| | 番号 | 4567 | | 生年月日 | 昭和 平成 45 年 4 月 1 日 | | |
| ④被保険者の現住所 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 | | | | | | |
| ⑤被保険者の勤務する 事業所・所属の | (ア)名称 アクサ生命保険株式会社 人事調査部 調査課 | | | | | | 部・課 支社 営業所 |
| | 日中連絡先: 自宅・会社・携帯 () | | | | | | |
| | (イ)所在地 東京都港区白金1-17-3 | | | | | | |
| ⑥被扶養者に係る申請 の場合は、その者の | (ア)氏名 | 阿草 花子 | | (イ)性別 | 男・女 | (イ)生年月日 | 昭和 平成 49 年 3 月 1 日 |
| | | | | (ウ)続柄 | 妻 | | 令和 |
| ⑦証を使用したい 期間の開始月 | 令和 1 年 10 月受診分から | | | ⑧長期入院 (年間入院日数90日起) | 該当 ・ 非該当 | | |

*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 | 日間 |
| | | 平成・令和 年 月 日 まで | |
| | 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 | 日間 |
| | | 平成・令和 年 月 日 まで | |
| | 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 | 日間 |
| | | 平成・令和 年 月 日 まで | |
| | 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 | 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 |

送付先を指定してください (社内便 ・ 自宅 ・ 病院)

受付日付印

- 送付先に記載がない場合は社内便となります。
- 送付先を病院に指定される場合は病院に確認した上で、以下へ宛先を明確にご記入お願いいたします。

宛先 〒