

健康保険 限度額適用認定 申請書

(70歳未満 適用区分ア・イ・ウ・エ用)

常務理事	事務長	担当者	

被 保 険 者 欄	1 被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	-	2 被 保 険 者 氏 名	
	3 被 保 険 者 住 所 地	〒 -	4 電 話 番 号 (日中の連絡先)	- -

認 定 対 象 者 欄	5 療 養 を 受 け る 方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	6 療 養 予 定 期 間 (申 請 期 間)	令和 年 月 から 令和 年 月 まで	※申請月の初日から最長で1年間有効		
	7 認 定 証 送 付 希 望 先	※被保険者欄の3被保険者住所地とは別のところに送付を希望する場合に記入してください			
	住所	〒 -	電 話 番 号 (日中の連絡先)	- -	
	宛名				

【留意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者（被保険者）の署名が必要となります。
 ※認定証の有効期間は、当組合に申請のあった日の属する月の初日（健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日または扶養認定日）から最長で1年間となります。
 ※療養の原因となる傷病が、外傷性によるケガの場合は、「負傷原因届」を添付してください。
 ※療養の原因となる傷病が、第三者の加害行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

健保組合使用欄	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

(70歳未満 適用区分才：市区町村民税非課税などの低所得者用)

常務理事	事務長	担当者	

被保険者欄	1 被保険者証号・番号	-	2 被保険者氏名	
	3 被保険者住所地	〒 -	4 電話番号 (日中の連絡先)	- -

認定対象者欄	5 療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	6 療養予定期間 (申請期間)	令和 年 月 から 令和 年 月 まで				
	7 療養する方は、長期入院されましたか？ <small>※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、市区町村民税が課せられていない期間の入院期間に限ります。</small>	<input type="checkbox"/> はい(「はい」と答えた場合、「長期入院欄」に申請を行った月以前 1年間の入院期間を記入してください。) <input type="checkbox"/> いいえ				
	8 認定証送付希望先 <small>※被保険者欄の3被保険者住所地とは別のところに送付を希望する場合に記入してください</small>	住所	〒 -	電話番号 (日中の連絡先)	- -	
	宛名					

長期入院欄	9 申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間				
	A 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			
	B 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			

【留意事項：申請者(被保険者)殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者(被保険者)の署名が必要となります。
 ※認定証の有効期間は、当組合に申請のあった日の属する月の初日(健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日または扶養認定日)から最長で初めて到来する7月末日になります。
 ※被保険者の非課税証明書(4月から7月診療分は前年度の非課税証明書を、8月から翌年3月診療分は当年度の非課税証明書を)を添付してください。
 ※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た方は、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている保険医療機関等の領収書など)を添付してください。
 ※療養の原因となる傷病が、外傷性によるケガの場合は、「負傷原因届」を添付してください。
 ※療養の原因となる傷病が、第三者の加害行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

市区町村長証明欄 ※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)は令和()年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名



健保組合使用欄	受付日付印
---------	-------