

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

限度額適用認定申請書記入例

被保険者欄	1 被保険者の 記号・番号	123 - 45678	2 被保険者氏名	健保 拓哉
	3 被保険者住所地	〒 105 - 0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123	4 電話番号 (日中の連絡先)	080 - 0000 - 0000

認定対象者欄	5 療養を受ける方	氏名 健保 拓哉	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 5年 1月 1日 <input type="checkbox"/> 令和
	6 療養予定期間 (申請期間)	令和 3年 4月 から 令和 4年 3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	被保険者が記入してください ※記入漏れのないようにお願いします		
	住所	東京都港区▲▲▲3-4-5		
	宛名	●▲■★大学病院 入院病棟○△□号室		

【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
限度額適用・標準負担額減額認定申請		

被保険者欄	1 被保険者の 記号・番号	123 - 45678	2 被保険者氏名	健保 拓哉
	3 被保険者住所地	〒 105 - 0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123		
	4 電話番号 (日中の連絡先)	080 - 0000 - 0000		


認定対象者欄	5 療養を受ける方	氏名	健保 拓哉	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5年 1月 1日
	6 療養予定期間 (申請期間)	令和 3年 8月 から 令和 4年 3月 まで				
	7 療養する方は、長期入 ※長期入院とは、申請を行った <input checked="" type="checkbox"/> はい(「はい」と答え の入院期間に限ります。 いえ	被保険者が記入してください ※記入漏れのないようにお願いします				
	8 認定証送付希望先	記入してください				
	住所	〒 105 - 0000	電話番号 (日中の連絡先)	03 - 0000 - 0000 東京都港区▲▲▲3-4-5		
	宛名	●▲■★大学病院 入院病棟○△□号室				

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	122 日間				
	A 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和 3年 5月 3日 から 令和 3年 7月 31日 まで 90 日間				
	入院した 保険医療機関等	名称	●▲■病院	所在地	東京都渋谷区●●6-7-8	
	B 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和 3年 4月 1日 から 令和 3年 5月 2日 まで 32 日間				
	入院した 保険医療機関等	名称	●×病院	所在地	東京都千代田区●●1-2-3	

【注意事項：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
 ※申請を行った月以前1年間の入院日数を添付してください。
 ※療養の原因となる傷病が、
 ※療養の原因となる傷病が、

市区町村長の証明を受けてください
 ※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。

市区町村長証明欄	必要です。
当該被保険者(氏名 健保 拓哉)は令和(3)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	東京都港区長 ●▲ ■★ 

健保組合使用欄	受付日付印
---------	-------