

健康保険

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定証交付申請書

《記入前に確認》

被保険者の住民税は課税ですか

はい

下記太枠内をすべて記入のうえ、この用紙のみ提出してください。

いいえ

下記太枠内をすべて記入のうえ、以下の①②いずれかの書類を添付してください。

- ①「非課税証明書」(コピー可)
 - ②「市民税県民税特別徴収税額の通知書
(納税義務者用)」(コピー可)
- } 1～7月の診療の場合・・・前年度の証明書
8～12月の診療の場合・・・今年度の証明書

※直近1年間の入院日数が90日を超える場合のみ
別紙「長期入院該当者用」も記入のうえ添付してください。
不明な場合は、健保組合へお問い合わせください。

※太枠内をすべて記入のうえ、事業所担当者または健保組合へご提出ください。 年 月 日 提出

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|----|--|----------------------|------|----------|---|----|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証の記号・番号(枝番は不要) | | | 被保険者 (請求者)の 氏名 | フリガナ | | | |
| | 記号 | 番号 | | | | | | |
| | 被保険者の現住所 | | 〒 — | | | 電話番号 () | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | |
| | 対象者 | 氏名 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 続柄 |
| | 認定証のお届先 | | 認定証は事業所担当者へお送りします。 ※やむを得ない場合のみ、お届先の住所を下記へご記入ください。 | | | | | |
| | 必要な月を記入 (入院する月など) | | 必要なのは ____ 月から (原則、必要月の1日～1年分で交付します) | | | | | |

| 健保使用経過欄 | |
|---------|-----|
| 受付年月日 | |
| 受付番号 | 第 号 |
| 決定年月日 | |

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 標準報酬月額 |
|------|-----|-----|--------|
| | | | 千円 |