

同年月日	年 月 日
施行年月日	年 月 日

常務理事	事務長	担当

資格取得日	平成 年 月 日
扶養認定日	平成 年 月 日

健康保険 限度額適用・標準負担額減額申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		—		事 業 所	名 称					
	被 保 険 者	氏 名				所在地					
		生年月日		年 月 日							
	減 額 対 象 者	個人番号 (マイナンバー)									
		氏 名				被保険者との続柄					
		生年月日		年 月 日		性 別		男 ・ 女			
	被保険者 (減額対象者) の住所		〒				TEL ()		—		
	長 期 入 院		該当 ・ 非該当		入院及び入院予定				年 月 日		
							入院日数合計 ()		日間		
	①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)				年 月 日 から				日間	
						年 月 日 まで					
	入院をした保険医療機関等		名 称								
			所在地								
	②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)				年 月 日 から				日間	
						年 月 日 まで					
入院をした保険医療機関等		名 称									
		所在地									
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)				年 月 日 から				日間		
					年 月 日 まで						
入院をした保険医療機関等		名 称									
		所在地									

注意事項

- 認定証の発効年月日については、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。
(申請のあった月に資格取得した者又は、被扶養者となった者についてはその資格取得日又は扶養認定日となります)
- 平成28年4月～28年7月診療分 ⇒ 平成27年度の非課税証明書 (平成26年分所得)
平成28年8月～29年7月診療分 ⇒ 平成28年度の非課税証明書 (平成27年分所得)
該当する診療月に応じて非課税証明書を添付してください。
- 1年間の入院日数が90日を超えた場合のみ、「長期入院」欄の「該当」に○を付けて下さい。
- 長期入院該当に○をつけた方は医療機関ごとの入院期間および日数をご記入下さい。
なお、長期該当者として申請する場合は、入院期間の標準負担額に係る領収書又は入院期間に係る医療機関の証明書を添付してください。

受付日付印