

(勤務先の健保担当窓口へご提出ください)

受付日付印

この申請書は住民税非課税世帯の方で「限度額適用認定証」が必要な方のものです。

事業主印

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被 保 険 者	健康保険証	記号 111	事業所名称 所属する事業所(会社)名を記入 (任意継続の方は「任意継続」と記入)
		番号 22222	
保 険 者	被保険者氏名	三菱 太郎 ㊞	生年月日 昭和 平成 年 月 日
	減額対象者氏名	三菱 花子 続柄 妻	生年月日 令和 年 月 日
入 院 記 録	被保険者住所	(〒 000-0000 □□県○○市△△町1-2-3	
	① 申請日の前1年間の入院期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 日間	
入 院 記 録	入院をした	申請以前1年以内に入院したことがなければ、①～③の欄は記載不要です。	
	② 申請日の前1年間の入院期間	入院したことがある場合は、医療機関別に記入してください。また、領収書等の証明書類を添付してください。 日間	
入 院 記 録	入院をした保険医療機関等	所在地	
	③ 申請日の前1年間の入院期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 日間	
入 院 記 録	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
	市区町村長が証明する欄 この欄はお住いの市区町村に 窓口で記入していただくもので す。	非課税証明書【原本】を添付する場合は、この欄の記入は不要です。 市区町村長名 4月～7月に申請する方は前年度 8月～3月に申請する方は当年度の 非課税証明書が必要となります。 ㊞	
組 合 記 入 欄	承認No.	長期入院	該 当 該当年月日 令和 年 月 日
	発行年月日	健保にて使用する欄です、何も記載しないでください。	
	有効期間	令和 年 月 日	主任 担当