

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 交付申請書

添付する証明書：被保険者の非課税証明書

提出年月日

年

月

日

| 被保険者 | 記号 | 番号 | 被保険者名 | | | | |
|-------------------------------|--|---|---------------------|------------------|---|-------|-------|
| | 会社名 | * 任意継続の方は社名等の記入不要です。 | | 内線 | | | |
| | 所属 | | | 外線 | | | |
| | 被保険者 自宅住所 (連絡先) | 〒 () * 平日の日中に連絡可能な番号 | | | | | |
| 認定証 交付対象者 | 氏名 (被扶養者の場合は名前を記入) | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者() | | 長期入院 (いずれかに✓) | 申請前1年間の入院日数90日超え (非課税の期間の入院が対象です) | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 該当します <input type="checkbox"/> 該当しません | | |
| | 長期入院該当の場合 | | | | | | |
| | ① | 申請日前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日～ 年 月 日迄 (日間) | | | | |
| | | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | | | 所在地 | | | | |
| | ② | 申請日前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日～ 年 月 日迄 (日間) | | | | |
| 入院した保険医療機関等 | | 名称 | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | |
| ③ | 申請日前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日～ 年 月 日迄 (日間) | | | | | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | |
| 認定証の 送付先 宛先 (該当箇所を✓) | <input type="checkbox"/> 上記被保険者自宅住所 <input type="checkbox"/> 社内メール(〒) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 上記以外に送付の場合 (病院宛てに送付の場合、病院に受取り確認済み。 □はい) 〒 | | | | | | |
| | 受取人名 | | | 受取人 連絡先 TEL | | | |
| 健保 記入欄 | 常務理事 | 事務長 | マネージャー | 主任 | 担当 | 発効年月日 | 受付年月日 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | 有効期限 | |
| | | | | | | 送付年月日 | |
| 備考欄 | | | | | | | |

