

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記入例

| | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|---------|----|-------------|--|---|---|---|
| 被保険者情報 | 記号 | 1 1 1 1 | 番号 | 1 1 1 1 1 1 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者証の | | | | <input type="checkbox"/> 昭和 | | | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | 0 | 1 | 0 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 令和 | 1 | 0 | 1 |
| 氏名・印 | サカイ タロウ 堺 太郎 | | | | 自署の場合は押印を省略できます。 | | | |
| 住所 | (〒 0 0 0 - 0 0 0 0) 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1 | | | | | | | |
| 電話番号 | TEL 111-1111-1111 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|----|------|---|--|---|---|----|---|---|---|---|
| 認定対象者欄 | 療養を受ける方 | 氏名 | 堺 花子 | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | | | | | | |
| | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | 5 | 年 | 5 | | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 令和 | | 月 | 5 | | | |
| | 療養予定期間 | 令和 | 4 | 年 | 1 | 月 | ～ | 令和 | 4 | 年 | 4 | 月 |
| | 療養する方は、長期入院されましたか。 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> はい | 「はい」と答えた場合、次ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。 | | | | | | |
| | ※長期入院とは申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されている事です。ただし、市区町村民税が課されていない期間での入院期間に限ります。 | | | | <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 希望送付先 | 上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。 | | | | | | | | | |
| | 住所 | (〒 1 1 1 - 1 1 1 1) △△県△△市△△1-1-1 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | TEL 222-2222-2222 | | | | | | | | |
| | 宛名 | 堺 次郎 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------|---|-----------------------|--|--|--|----------|---|--|--|--|
| 申請者代行欄 | 「申請代行欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。 | | | | | | | | | |
| | 氏名・印 | 堺 次郎 | | | | 被保険者との関係 | 子 | | | |
| | 電話番号 | TEL 222 (2222) 2222 | | | | 申請代行の理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 令和 4 年 1 月 1 日

ここは記入の必要ございません。

| | | | |
|------|-----|--|--|
| 常務理事 | 理事長 | | |
| | | | |

| |
|-------|
| 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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|---|----|---|---|---|----|---|---|----|---|----|---|----|----|----|
| 長期入院欄 | 申請を行った月以前 1年間の入院日数合計 | 90 日間 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数) | 3 | 年 | 10 | 月 | 1 | 日 | から | 3 | 年 | 12 | 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 ××県××市××1-1-1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | |