

(住民税非課税者用)

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

健保組合決裁欄		
常務理事	事務長	担当者

下記のとおり『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。

被保険者証		事業所名称		〇〇〇〇株式会社	
記号	番号				
0000	0000	被保険者氏名		健康 太郎	
診療を受ける方	氏名	健康 太郎	続柄	本人	生年月日
					〇〇年〇〇月〇〇日
診療を受ける方の住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1				
病気またはケガの原因	ケガまたはケガが原因の病気（外傷性）ですか？		いいえ・はい		
	他人の行為によるもの（第三者行為）ですか？		いいえ・はい		
診療区分	1. 入院→入院予定期間：		〇〇年〇〇月〇〇日～		〇〇年〇〇月〇〇日
	2. 通院→通院予定期間：		年 月 日～		年 月 日

長期入院（ここから下は過去1年間に入院期間が90日以上の方のみ記入してください。）			
申請日の前1年間の入院期間（日数）		入院をした保険医療機関等	
①	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで 〇〇日間	名称	〇〇〇〇病院
		所在地	□□県□□市□□町123
②	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名称	
		所在地	
③	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名称	
		所在地	

<添付書類>

■被保険者（本人）の住民税非課税証明書（写し可）を添付してください。（市区町村窓口にて申請）

前年8月診療分～当年7月診療分 ⇒ 前年度の非課税証明書

当年8月診療分～翌年7月診療分 ⇒ 当年度の非課税証明書

<注意事項>

■被保険者が「住民税非課税者」に該当している場合、申請できます。

■病気またはケガの原因が交通事故など第三者（相手）行為による場合や、労災（通勤途上の事故を含む）の場合には事前に健保までご連絡ください。

■限度額適用認定証は、使用后、速やかにご返却ください。

