常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

（低所得（住民税非課税等）に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください）

※1 この申請により交付される「限度額適用・標準負担額減額認定証」は、健康保険証と一緒に医療機関等へ必ず提示してください。提示が遅れた場合は窓口での現物給付を受けられません。

※2 前年８月１日から当年７月３１日に対しては、前年の非課税の証明を添付して下さい
当年８月１日から翌年７月３１日に対しては、当年の非課税の証明を添付して下さい

被保険者情報			
	被保険者証	記号　　番号 □□□-□□□□□□	事業所名称
	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏　名		生年月日 ○昭和 ○平成 ○令和　□□年□□月□□日

適用対象者			
	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏　名		生年月日 ○昭和 ○平成 ○令和　□□年□□月□□日
	傷病の原因	（負傷の場合のみ記入してください。） ○病気 ○出産 ○負傷 → ○単独事故 ○相手がいる事故 ○傷害 ○労災 ○その他（　　）	被保険者との続柄
	該当予定年月	3カ月以上の期間が必要な場合は再度申請してください。 令和□□年□□月 から3カ月間使用します。	

「認定証」送付希望先			
	宛　名	病院宛の場合は、病棟・部屋番号まで記入してください。	対象者との続柄（申請代行の場合のみ）
	送付先住所	郵便番号 □□□-□□□□	電話番号（ﾊｲﾌﾝ除く） □□□□□□□□□□□
		都道府県からご記入ください。	速達 □希望する

以下は、健康保険組合使用欄のため、記入しないでください。

受付印

発行年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日
区　分	【　　】			