

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

京阪グループ健康保険組合 御中
見本

| | | |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

令和 年 月 日提出

| | | | | |
|-----------------------|---------|--|--------------|----------------|
| 被保険者証 記号-番号 | 21 - 17 | (注)①被保険者証の記号番号を記入した場合は個人番号の記載は不要です。 ②申請書提出は必要書類とともに健保窓口持参もしくは書留等での送付となります。 詳しくは下記★を御覧ください。 | | |
| 被保険者の個人番号 (マイナンバー) | | | | |
| 被 保 険 者 | 氏 名 | フリガナ ケンポ ウメコ 健保 梅子 | 事業所名 所 属 | 株式会社健保 北野支店 |
| | 生年月日 | 昭・平 33年 3月 3日 | | |
| 対 象 者 額 | 氏 名 | フリガナ 本人 | 性 別 | 男・女 本人 |
| | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 被保険者 との続柄 | 本人 |

◆長期入院（申請月以前の1年間で90日を超えて入院）される方は、下欄に記入のうえ、入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている領収書など）を添付してください。

| | | | |
|------------------|--------------------|--------------------------------|-------------|
| 申請月以前の1年間の入院日数合計 | | 95日間 | |
| ① | 申請月以前の1年間の入院期間（日数） | 平・令27年7月1日から平・令27年10月3日まで 95日間 | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名 称 | 健保医院 |
| | | 所在地 | 〇〇市〇〇町1-2-3 |
| ② | 申請月以前の1年間の入院期間（日数） | 平・令 年 月 日から平・令 年 月 日まで 日間 | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名 称 | |
| | | 所在地 | |
| ③ | 申請月以前の1年間の入院期間（日数） | 平・令 年 月 日から平・令 年 月 日まで 日間 | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名 称 | |
| | | 所在地 | |
| ④ | 申請月以前の1年間の入院期間（日数） | 平・令 年 月 日から平・令 年 月 日まで 日間 | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名 称 | |
| | | 所在地 | |
| ⑤ | 申請月以前の1年間の入院期間（日数） | 平・令 年 月 日から平・令 年 月 日まで 日間 | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名 称 | |
| | | 所在地 | |

上記のとおり（関係書類を添えて）健康保険限度額適用・標準負担額減額認定書の交付を申請します。

| | | |
|----------------|--|---|
| 市区町村が 証明する欄 | 当該被保険者は 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村名 | 市区町村長の非課税証明印（本書左欄） もしくは (非)課税証明書の交付を受けて添付 が必要になります |
|----------------|--|---|

証明に代え、(非)課税証明書を添付していただくこともできます。

※本申請書は、健康保険限度額適用認定以外の目的には使用いたしません。
※本申請書は、各事業所での記載内容確認は不要です。
※組合に書類をお送りいただく際、社内連絡便をご利用の場合は本書を封筒に入れ、職場庶務ご担当者にお渡しください。
また直接健康保険組合にお送りいただいても結構です。(被保険者証の記号番号で申請時のみ)

★個人番号記載注意

個人番号を記載した場合、申請書は申請者が直接健康保険組合の窓口を持参するか、書留郵便等で送付してください。
なお申請書について番号確認および身元確認を行いますので、窓口を持参の場合は個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書（保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上）をお持ちください。
送付の場合は、上記書類の写しを同封してください。