

記入例

(R5.3.31改訂)

健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

この申請書は、市区町村税の納税を免除(非課税)されている方が対象です

★★2ページあります。両面印刷してご利用ください★★ (1/2ページ)

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号	1 - 12345
	氏名	健 保 太 郎
	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 36 年 5 月 5 日
	被 保 険 者 の 住 所 と 連 絡 先	〒 288 - 123× 千葉県 美浜区 美浜 1234× 美浜ハイツ102 <small>(日中に連絡ができる電話又は携帯番号)</small> 080-1234-567×

本人の住所を記入して下さい。

認 定 証	氏名	健 保 太 郎
	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 36 年 5 月 5 日
	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被 保 険 者 と の 続 柄	本 人
交 付 対 象	交 付 必 要 期 間	(入院予定期間などをご記入下さい。) 令和 1 年 10 月 1 日～令和 1 年 12 月 31 日
	入院する方は、長期入院されましたか？ <small>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ことです。ただし、市町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ 次面の欄に申請を行った月以前1年間の入院期間を記入して下さい。
交 付 対 象	認定証の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の住所 <input type="checkbox"/> 社内連絡便【職場名】 <input type="checkbox"/> 上記以外 〒 -
	<small>希望する送付先にチェックして下さい</small>	住所 宛名

限度額認定証の適用を受けたい方の氏名等を記入して下さい。

交付に必要な期間を記入して下さい。期間が未定のときは、ひとまず1～2ヶ月分記入してください。

被保険者住所以外に送付先の指定がある場合、こちらに記入して下さい。

※ 申 請 代 行	申請代行者氏名	(印) (押印お願いします)
	被 保 険 者 と の 続 柄	
	申請代行者のご連絡先	
	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人による記入等ができないため。 <input type="checkbox"/> その他()

※被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入下さい。
※代理人申請の方の身分証(写し)が必要になる場合があります。

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

令和 1 年 10 月 1 日

千葉トヨタ健康保険組合理事長 殿

受付印

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村の証明を受けるか、非課税証明書を添付して下さい。

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。
市区町村長名	(印)

市区町村民税が非課税の方は、市区町村長の証明を受けるか、非課税証明書を添付して下さい。

※ ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。

(2/2ページ)

申請を行った月以前1年間の入院日数合計	94 日間
---------------------	-------

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 3 年 12 月 11 日から 令和 3 年 12 月 30 日まで	20 日間
	入院をした 保険医療機関等	所在地 千葉県中央区新町1-2-×	名称 千葉〇〇総合病院
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 4 年 2 月 1 日から 令和 4 年 3 月 31 日まで	59 日間
	入院をした 保険医療機関等	所在地 船橋市本町100-3-×	名称 国立厚生船橋△△病院
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 4 年 5 月 1 日から 令和 4 年 5 月 15 日まで	15 日間
	入院をした 保険医療機関等	所在地 千葉県中央区新町1-2-×	名称 千葉〇〇総合病院
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした 保険医療機関等	所在地	名称

「長期入院該当者」

- 申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院していること。
 - ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限る。
- これに該当するときはその入院期間を記入して下さい。

千葉トヨタ健康保険組合使用欄
記号・番号
受付日
備考