

受付年月日	令和	年	月	日
発効年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	末日
適用区分	才			
送付方法	直渡し・連絡便・郵便・その他()			

理事長	常務理事	事務長	係

(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	—		
	氏名			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日
	被保険者の住所と連絡先	〒 — (日中に連絡ができる電話又は携帯番号)		

認 定 証 交 付 対 象 者	氏名			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	被保険者との続柄			
	交付必要期間	(入院予定期間などをご記入下さい。) 令和 年 月 日～令和 年 月 日		
	入院する方は、長期入院されましたか？ 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。	<input 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。		

認定証の送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所
	<input type="checkbox"/> 社内連絡便【職場名】
希望する送付先にチェックして下さい	<input type="checkbox"/> 上記以外 〒 — 住所 宛名

※ 申 請 代 行	申請代行者氏名	Ⓜ (押印をお願いします)
	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 年 月 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

Ⓜ

※ 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				日間	
①	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					
②	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					
③	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					
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					

千葉トヨタ健康保険組合使用欄
記号・番号
受付日
備考