

人材派遣健康保険組合 御中

健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書

被保険者が記入するところ	④ 被保険者の記号・番号		7000-11111		⑧ 事業所の名称 (派遣元の会社名を記入)			
	③ 被保険者	氏名	派遣花子 (派遣)		⑩ 入院及び入院予定日	平成 19 年 9 月 10 日		
		生年月日	昭和 50 年 4 月 5 日					
	⑤ 減額対象者	氏名	派遣花子		被保険者との続柄	本人		
		生年月日	昭和 50 年 4 月 5 日		性別	男・女 (女)		
	⑥ 被保険者(減額対象者)の住所		〒144-0045 東京都大田区田園調布6-1-5		TEL 03-5678-9876			
	⑦ 長期入院 ①		該当 () ・ 非該当 ()					
	⑨ ここからは長期該当者として申請する者のみ記入してください。					入院日数合計 (99 日間)		
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 19 年 2 月 1 日から 平成 19 年 5 月 10 日まで		99 日間			
		入院をした保険医療機関等	名称	武蔵野中央病院		所在地	武蔵野市吉祥寺北町1-1-1	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間					
	入院をした保険医療機関等	名称			所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間					
	入院をした保険医療機関等	名称			所在地			

注意事項

- ◎認定証の発効年月日については、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。
(申請のあった月に資格取得した者又は、被扶養者となった者については、その資格取得日又は、扶養認定日となります)
- ◎外傷の場合は別紙「負傷原因届」 第三者行為による場合は別紙「第三者行為による傷病届」を添付して下さい。
- ◎平成19年4月～19年7月診療分 ⇒ 平成18年度の実課税証明書(平成17年分所得)
- ◎平成19年8月～20年7月診療分 ⇒ 平成19年度の実課税証明書(平成18年分所得)

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証の交付を申請します。

※市が区証町明村する長る欄	当該被保険者には	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)

受付日付印

健保使用欄	健保記入欄 送付先	非課税確認印
	事業所()・自宅	

- ① 1年間の入院日数が90日を超えた場合のみ該当に○をつけてください。
- ② ①で長期入院該当に○をつけた方は医療機関ごとの入院期間および日数をご記入ください。
なお長期該当者として申請する場合は、「入院期間の標準負担額に係る領収書」または「入院期間に係る医療機関の証明書」を添付してください。