

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者本人が住民税課税の場合は
「健康保険限度額適用認定申請書」
をご記入ください

○使用予定期間の1ヶ月前を目安にご提出ください

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証 記号 - 番号	—		所属する 派遣会社		
	被保険者 (本人)	氏名			電話番号 (日中の連絡先)	
		生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女
		住所	〒 —			
	使用する人	氏名			被保険者 との続柄	
		生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女
	使用開始予定月	平成 年 月 から使用開始				
	使用することとなった原因	<input type="checkbox"/> ケガが原因 <input type="checkbox"/> ケガ以外が原因 <input type="checkbox"/> ケガが原因の場合 にご記入ください				
		いつ	平成 年 月 日 (曜日)			
		どこで	<input type="checkbox"/> 通勤途中・会社内 <input type="checkbox"/> その他()			
	何をしています					
	どのようなケガをした					
	使用する人は申請月の前1年間に 90日以上入院していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ はい の方のみ下記をご記入ください				
	申請日の前1年間の入院期間	日数	入院をした保険医療機関等			
			名称	所在地		
①	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					
②	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					
③	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					
注 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 認定証の発効日は、原則、申請書受付月（組合到着月）の1日からとなります ◎ 被保険者（本人）の住民税非課税証明書（原本）を添付してください（市区町村窓口にて申請） 前年8月診療分～当年7月診療分 ⇒ 前年度の非課税証明書 当年8月診療分～翌年7月診療分 ⇒ 当年度の非課税証明書 ◎ 高額な医療費を支払済の方は、認定証の申請は不要ですので、高額療養費を申請してください ◎ 在籍中の方の認定証は、派遣会社より送付されます やむを得ず はけんけんぼ からの直送を希望される場合は、派遣会社に事前連絡のうえ、返信用封筒（郵便番号・住所・氏名・切手を貼付したもの）を同封してください ◎ 負傷の際に相手がいる場合（交通事故・けんか等）は、「第三者の行為による傷病届」を添付が必要です 					

記入日 平成 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者には 年度の市区町村民税が課税されないことを証明する。 市区町村長名	①
-----------------	---	---

受付日付印

健保 記入欄	事 ・ 宅 ・ 他	確 認 印
-----------	-----------	-------------

市区町村窓口で上記の証明を受けた場合は、
非課税証明書の添付は不要です