

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
「健康保険限度額適用認定申
ご記入ください

記入例

○使用予定の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	7000 — 11111		所属する 派遣会社	〇〇〇派遣会社		
	被保険者 (本人)	氏名	派遣 花子		電話番号 (日中の連絡先)	〇〇-XXXX-△△△△	
		生年月日	昭和 平成	50年 4月 5日	性別	男・女	
		住所	〒 〇〇〇 - △△△△ 東京都文京区〇〇〇-△△				
	使用する人	氏名	派遣 花子		被保険者 との続柄	本人	
		生年月日	昭和 平成	50年 4月 5日	性別	男・女	
	使用開始予定月		平成 〇 年 8 月 から使用予定				
	使用することとなった原因		<input type="checkbox"/> ケガが原因 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ以外が原因 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()			
		何をしていて					
		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 checked="" 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 〇 年 1 月 14 日から 平成 〇 年 4 月 30 日まで	107	健保中央病院	千代田区麴町〇-△			
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	◎ 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 ◎ 高額医療費を自己負担の方は、認定証の申請は不要です。高額療養費を申請してください ◎ 在籍中の方の やむを得ず 切手を貼付し 非課税証明書（原本）が取れない場合は、 市区町村長に非課税であることの証明を もらってください。 ◎ 負傷の際に相手がいる場合（交通事故・けんか等）「第三者の行為による傷病届」を添付してください						
	記入日 平成 〇 年 7 月 15日						
	市区町村長が 証明する欄	当該被保険者には 〇 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 東京都文京区長 〇川 △男				東京都 文京区 長之印	
	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						