

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

低所得（住民税非課税等）に該当される方が、入院等で医療費が自己限度額を超えそうな場合にご使用ください。

常務理事	事務長	担当者

マイナ保険証等を利用すれば、事前の申請は不要となり、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

被保険者情報	被保険者証 記号 1 番号 〇〇〇〇 生年月日 昭 平 令 12 年 3 月 4 日
	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 (男 ・ 女)
	住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 福岡 都・道 府 県 〇〇市〇〇町1丁目〇-〇 〇〇マンション101号 電話番号 (日中の連絡先) 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

認定対象者	認定証が必要な方 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族) 生年月日 昭 平 令 12 年 5 月 6 日
	氏名 健保 花 (男 ・ 女) 被保険者との続柄 妻
	認定対象者は、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90日を超えて入院されていることです。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ります。 <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ → はいの場合、以下に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入いただき、証明書類を添付してください。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで <input type="text"/> 日間
	入院をした保険医療機関等 名称 〇〇総合病院 所在地 〇〇県〇〇市〇-〇
②	申請日の前1年間の入院期間(日数) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで <input type="text"/> 日間
	入院をした保険医療機関等 名称 〇〇市立病院 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇
③	申請日の前1年間の入院期間(日数) 年 月 日から 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等 名称 所在地

希望送付先	送付希望先へ〇をしてください 労務管理室 ・ 被保険者住所 ・ その他
	送付先が被保険者住所以外の場合にご記入ください 電話番号
	あて名 被保険者との関係

※医療機関等を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能か確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請される場合にご記入ください
	氏名 被保険者との関係
	電話番号 申請代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他

市区町村民税が証明する欄 (注)	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。 市区町村民長名 印
------------------	---

受付日付印

- ①市町村民税が非課税となっている者は、(注)欄へ証明を受けるか市町村民税非課税証明書を添付してください。
- ②標準負担額の減額を受けられることにより、生活保護法の規定による要保護とならない者については、「限度額適用・標準負担額減額認定該当(C)」と記載された「保護申請却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」又はこれらの雪の聖母会健康保険組合 写に事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明したものを添付してください。
- ③長期該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収証(入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は入院期間に係る保険医療機関等の証する書類)を添付してください。