

限度額適用・標準負担額減額認定申請書 記入例

玩具人形健康保険組合 | 業務課03-3862-6851

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 1 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 2 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 3 家族（被扶養者）の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 4 療養を受ける方（認定証を使用される方）の氏名などをご記入ください。
- 5 認定証を必要とする期間をご記入ください。
認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。

- 6 ケガの場合、ケガをした日付やそのときの状況をできるだけ詳しくご記入ください。
ケガの原因が第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

- 7 申請月以前の1年間にすでに90日を超えて入院されている場合はご記入ください。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です。該当の場合は、入院した期間（日数）や医療機関名などご記入のうえ、該当する期間が記載されている領収書の写しを添付してください。

- 8 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。
その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。

- 9 被保険者本人が非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「（非）課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

- 9 注1：診療された方が扶養家族であっても、被保険者の「（非）課税証明書」が必要です。
注2：前年8月診療分から当年7月診療分 → 前年度の非課税証明書
当年8月診療分から翌年7月診療分 → 当年度の非課税証明書

- 10 ②の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

* この認定の適用により生活保護を必要としなくなる方は、「保護却下通知書」などの書類も必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書		常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者
市区町村民税非課税者などの低所得者用							

申請年月日 ① 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (健保組合使用欄)

被保険者情報	② 被保険者証	記号 987	番号 654321	生年月日	④ 平・令 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				
	③ 住所	〒 110-0000 東京 ⑤ 都 道 県 墨田区 ○ ○ X-X □ □ マンション X X X 号				
	電話番号 (日中の連絡先)	090 (1234) ○ ○ ○ ○				
事業所名称	(株) ○ ○ ○ ○					

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認定対象者	④ 受診者 認定証を使用される方	氏名 健保 太郎	続柄 本人	⑤ 療養予定期間 認定証を必要とする期間(注1)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日まで
	⑥ 傷病名	右膝靭帯損傷			
	ケガが原因の場合(注2)	いつ 平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日(土) ⑦ 私用中・休日中・通勤途中・業務中	そのときの状況	飲食店に入ろうとしたところ、階段から転落した。	
⑦ 長期入院	該当・非該当	長期入院とは、申請月以前の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、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限りです。(該当の場合は下欄をご記入ください。)			
① 申請日前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 日間	医療機関名	所在地		
② 申請日前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 日間	医療機関名	所在地		
③ 申請日前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 日間	医療機関名	所在地		

注1：認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。

注2：原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となりますので、当組合にご連絡ください。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

⑧ 希望送付先	住所(注3)	〒 110-0000 東京 ⑤ 都 道 県 台東区 ○ ○ X-X-X		
	△△病院 X X 科 ○ ○ 号室	電話番号 (日中の連絡先)	090 (1234) ○ ○ ○ ○	
	あて名 健保 太郎	被保険者との関係	本人	

注3：医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「（非）課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

⑨ 市区町村が証明する欄	当該被保険者は、平・令 年度の 市区町村長名	市区町村長名
--------------	------------------------	--------

注：4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明となります。

⑩	マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)	マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。
	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印