健康保険 限度額適用・ 標準負担額減額認定 (市区町村民税非課税などの低所得者用)

以下	のとおり健康保険限度額適用	標準負担額の減額認定を申請しま	す。	令和 :	年	月

		記号	番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
	被保険者等 記号·番号				
被保険者情報	氏 名	(フリガナ)			昭·平·令 生年月日 年 月 日
者情報	₩ =r	〒 -	都· 府·	道 県	
報	住 所				電話番号 () (日中の連絡先)
	事業所名称				

【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。

=20	療養を受ける方	氏名 場構 場構 日本 日本	l
認定対	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	
定対象者	※長期入院とは、申記	する方は、長期入院されましたか。 □ はい 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申 行った月 <u>以前1年間</u> にすでに90日を超えて入院されている □ いいえ 行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。 村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。	

<u>当約</u> · 資格	・マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されません。 当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。 ・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。認定証は原則として被保険者情報に記入された住所へ送付しますが、別の住所へ 送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。						
希	住所(注)	a · 道 府 · 県					
望送付	任別(注)	電話番号 () (日中の連絡先)					
先	あて名	被保険者との関係					

注: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いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

) 被	と 保険者以外の方	が申請する場合にご記入ください。
申請	氏 名	(フリガナ)
代	被保険者との関係	
行者欄	電話番号 (日中の連絡先)	()
们料	申請代行の理由	□ 被保険者が入院中で外出できないため。 □ その他()

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

玩具人形健康保険組合(R6.12)

受付日付印

日

健康保険限度額適用・ 申請書 標準負担額減額認定

市区町村民税非課税などの低所得者用

									
		申請を行った月以前 1年間の入院日数合計			日間				
	1	申請する月以前 1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	年	月	日 まで	日間
		入院した 保険医療機関等	名称						
			所在地						
	2	申請する月以前 1年間の入院期間(日数)	年	月	日 から	年	月	日まで	日間
		入院した 保険医療機関等	名称						
			所在地						
長期入院欄	3	申請する月以前 1年間の入院期間(日数)	年	月	日 から	年	月	日まで	日間
院欄		入院した 保険医療機関等	名称						
			所在地						
		申請する月以前 1年間の入院期間(日数)	年	月	日 から	年	月	日まで	日間
		入院した 保険医療機関等	名称						
			所在地						
		申請する月以前 1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	年	月	日まで	日間
		入院した	名称						
		保険医療機関等	所在地						

当組合では、マイナンバーを活用することにより、添付省略を削減しています。 認定にあたって非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号等を記入してください。

非課税	診療月が 1月~7月の場合	郵便番号 〒
者の情報	診療月が 8月~12月の場合	郵便番号 〒 ー ー ー