

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定

支給申請書

①

申請者（被保険者）記入

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|----------------------------|----------------|----------------------|--------|----------------------------|-------|
| 被 保 険 者 情 報 | 被保険者証 記号一番号 | — | 生年月日 | | |
| | | | 昭 平 | 和 成 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | (フリガナ) | | | |
| | 住 所 | (〒 —) 都 道 府 県 | | | |
| 電話番号 | 勤務先 | - | - | 日中（平日）に連絡がつく電話番号を記入してください。 | |
| | 携帯・ 自宅等 | - | - | | |

| | | | | | |
|-------------|--|---------|----------------------------|----------------|--|
| 対 象 者 | 受診する方 | 氏名 | 生年 月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 必要となる月 | 令和 | 年 | 月 | 入院などで「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要となる月を記入してください。 |
| | ケガで受診 するときに 記入 <small>(病気で受診する ときは記入不要)</small> | 【ケガの内容】 | 【原因】※ケガの発生状況などを簡潔に記載してください | | |
| | | | 負傷日 | 年 | 月 日 |
| | 長期入院 <small>(申請月以前1年間にすでに 90日を超えて入院されて いるときは「該当」に○)</small> | 該 当 | 申請書②長期入院欄に必要事項を記入してください。 | | |
| | | 非 該 当 | | | |

| | | |
|-----------------------|--|----------------------|
| 希 望 送 付 先 | 「被保険者情報」欄に記入した住所以外の場所に送付を希望する場合にご記入ください。 | |
| | 住 所 | (〒 —) 都 道 府 県 |
| | 宛 名 | 電話番号 (—) |

| | |
|-----------|----|
| 健康保険組合使用欄 | |
| 標準報酬月額 | 区分 |
| 千円 | |
| 受付日付印 | |

被保険者氏名

長期入院に該当される方は記入してください

日間

申請月以前1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで

日間

1

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

申請月以前1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで

日間

2

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

申請月以前1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで

日間

3

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

申請月以前1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで

日間

4

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

申請月以前1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで

日間

5

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

被保険者の非課税証明書の添付があれば証明は不要です。

市区町村長証明欄

当該被保険者（氏名 ）は令和（ ）年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名

印

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、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が必要となります。