

健保使用欄	課長	係長	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

健康保険証の記号番号		—		
被保険者	氏名	事業所	名称	
	生年月日		昭・平 年 月 日	
対象者	氏名	続柄		男 ・ 女
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	
被保険者の住所 (減額対象者)		〒 ()		

治療予定期間 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで

長期入院	該当 ・ 非該当
ここから下は長期入院該当者として申請する方のみご記入ください。	
	入院日数合計 (日間)
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
①	入院した保険医療機関の名称・所在地
	名称 所在地
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
②	入院した保険医療機関の名称・所在地
	名称 所在地
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
③	入院した保険医療機関の名称・所在地
	名称 所在地

※上記の被保険者住所以外の住所へ送付する場合のみご記入ください。

送付希望先	住所	〒 () 様方
	宛名	

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請いたします。

受付日付印

* 市町村民税が非課税になっている方は、下記の欄に証明を受けるかまたは、市町村民税非課税証明書を添付してください。

注) 市区町村長 が証明する欄	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。 市区町村長名 (印)
--------------------	--

東京薬業健康保険組合

送付先 〒100-0014 東京都千代田区永田町2-17-2 東京薬業健康保険組合 審査課医療係 宛 ☎ 03-3581-1676

《添付書類について》

1. 市町村民税が非課税になっている方は、申請書の下欄に証明を受けるか、または「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者とならない者は、福祉事務所長の【限度額適用・標準負担額減額認定該当と記載された「保護申請却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」またはこれらの写しに事業主、民生委員また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。