

健康保険組合記入欄	
交付年月日	年 月 日
発効年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当者

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(2枚中1枚目)

(注) この申請書は『住民税非課税者』用です。2枚目も記入してください。

被保険者証	記号	3907	番号	00000	
被保険者	氏名	北村太郎		生年月日	昭平 50年5月5日
	住所	〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜2-4-1 新横浜マンション705号室 TEL 000(000)0000			
事業所	名称	カメラのキタムラ 横浜/新横浜店			
	所在地	神奈川県横浜市港北区新横浜4-1-16			
適用対象者	氏名	北村花子	被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭平・令 55年6月6日	性別	男・女	
認定証を提出する医療機関名	名称	0000病院			
	所在地	神奈川県横浜市港北区新横浜0000-1			
入院・通院の見込期間	令和00年12月3日 ~ 令和00年12月15日				
認定証の希望送付先 (いずれかにレ)	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所・勤務先 <input type="checkbox"/> 上記自宅住所 <input type="checkbox"/> その他      〒      宛先      様				
病気または負傷の原因 (いずれかにレ)	1. 第三者行為(交通事故・けんか)によるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 2. 業務上や、通勤途上の事故などによるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ * 上記で「はい」に該当する方は、別途手続きが必要です。				
医療費助成の有無 (いずれかにレ)	病院での窓口負担の全額又は一部について、 国や地方自治体等から医療費助成を受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				

上記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

受付日付印

令和0年11月25日提出

### <注意事項>

- ◆この申請書により交付される『限度額適用認定証』を医療機関に提示すると、高額療養費が適用され、窓口負担額が軽減されます。

# 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(2枚中2枚目)

長期入院 (いずれかにし)	今回療養を受ける方は、長期入院されていきましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ * 長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。 (但し、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)
------------------	--

上記で「はい」に該当する方のみ、  
 下記の「長期入院該当の場合」をご記入ください

長期入院該当の場合	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計		日間					
	①	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年	月	日	から 日	まで	日間
		入院した 保険医療機関等	名称					
	所在地							
	②	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年	月	日	から 日	まで	日間
		入院した 保険医療機関等	名称					
	所在地							
	③	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年	月	日	から 日	まで	日間
		入院した 保険医療機関等	名称					
	所在地							
	④	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年	月	日	から 日	まで	日間
		入院した 保険医療機関等	名称					
	所在地							

下欄に市区町村長の証明を受けるか、『非課税証明書(原本)』を添付してください。  
 ※診療月が4月～7月の場合は前年度の非課税証明書、8月～翌年3月の場合は当年度の非課税証明書が必要です

市区町村長証明欄	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。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 市区町村長名
----------	--

<その他の添付書類>

- ◆長期入院該当のときは、領収書の写し等入院期間の確認ができる書類