

常務理事	事務長	担当

# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

申請日：令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名					
	被保険者の 氏名と印	印			生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月	日	生まれ
	被保険者の 住所・電話				〒	日中連絡が取れる電話番号 TEL ( )				

申 請 内 容	認定を受ける方の氏名	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月	日	生まれ
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 外傷性疾病(ケガ・やけど等) [ 原因 : ] ※業務・通勤災害・交通事故・他人によるケガの場合は、健保まで必ずご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 上記以外(帝王切開・盲腸等) [ 病名又は症状 : ]					

長期入院	該当	・	非該当	長期入院該当の場合	入院日数合計 ( 日間 )
------	----	---	-----	-----------	---------------

長 期 該 当 者 の み 記 入	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 ( 日間 )
		入院を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)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで ( 日間 )
		入院を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)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで ( 日間 )
		入院をした保険医療機関等	名称 : 所在地 :

●限度額適用・標準負担額減額認定証の郵送先が被保険者住所と異なる場合は、下記へ宛先をご記入ください。

認定証送付先 住所	〒	TEL ( )
※病院の場合は、病棟・部屋番号まで、実家で表札が異なる場合は世帯主氏名をご記入ください。		

●申請者が「被保険者」および「認定を受ける方」以外の場合、下記へご記入ください。

申請代行者欄	代行者の 氏名と印	印	日中連絡が取れる電話番号 TEL ( )
	被保険者との 関係	申請代行の 理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 [ ]

受付日付

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。