

被保険者証の記号・番号・枝番に代えてマイナンバー（個人番号）を記入する場合は、記号・番号欄に記入してください。
※別途、確認用の書類の提出が必要となります。

派遣スタッフの方は「リクルートスタッフィング」、任意継続の方は「任意継続」と記入してください。

標準負担額減額認定申請書

申請日：令和 3 年 4 月 5 日

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号 25	番号 111 (枝番)	事業所の名称	会社名 (株) リクルートスタッフィング
	被保険者の氏名と印	健保 太郎			生年月日 1. 昭和 2. 平成 50 年 1 月 1 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の住所・電話	〒 100-0000 東京都〇〇区×× 1-2-3-102			日中連絡が取れる電話番号 TEL 090 (0000) 0000

申請内容	認定を受ける方の氏名	健保 花子		生年月日 1. 昭和 2. 平成 55 年 2 月 2 日 生まれ 3. 令和	
	傷病の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 外傷性疾病(ケガ・やけど等) 原因： 休日に自宅の階段で転倒。大腿骨骨折 ※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		<input checked="" type="radio"/> 該当	<input type="radio"/> 非該当	長期入院該当の場合	入院日数合計 (94 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 2 年 11 月 1 日 から 令和 2 年 11 月 24 日まで (24 日間)
	2	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 2 年 12 月 25 日 から 令和 3 年 2 月 3 日まで (40 日間)
	3	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 3 年 2 月 4 日 から
入院をした保険医療機関等		名称： <input type="checkbox"/> 〇〇病院 所在地： 東京都〇〇区1-1	長期入院が非該当の場合、 太枠内は記入不要です。 ※長期入院とは、申請月以前の1年間で90日を超えて入院されていることです。ただし、住民税が課されていない期間の入院に限ります。
入院をした保険医療機関等		名称： <input type="checkbox"/> △△病院 所在地： 東京都△△区1-2	
入院をした保険医療機関等		名称： <input type="checkbox"/> ××大学病院 所在地： 東京都××区1-3	

●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

認定証送付先住所	〒 100-6640 東京都千代田区丸の内9-2 R病院 西病棟 401号室	病院宛にする場合は、受取可能かを事前に病院に確認のうえ、病棟・部屋番号まで記入してください。
		TEL 03 (0000) 0000

※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 ()	受付日付
	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	

※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。