

限度額適用・標準負担額認定申請書 記入例

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|------|------|------|-----|---|
| 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 | | 市区町村長 事務課 | 事務課長 | 事務課長 | 事務課長 | 印 係 | 担当者 |
| 市区町村長税非課税者などの低所得者用 | | | | | | | |
| 1 申請年月日 令和 元 年 5 月 7 日 | | 健康保険 付・R 月 / 月 日 記入欄 付・R 月 / 月 日 | | | | | |
| 2 被保険者証 記号 987 番号 654321 | 生年月日 昭和 平成 令和 ××年 ×月 ×日 | | | | | | |
| 3 氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 | | | | | | | |
| 住所 〒 100 - 0000 東京都渋谷区〇〇 × - × △△マンション×××号 | 電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ×××× | | | | | | 4 提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主理由(虚報)する場合は×) |
| 事業所名称 株式会社 〇〇〇〇 | | | | | | | |

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

| | |
|--|---------------------------------------|
| 5 受診者 氏名 健保 太郎 続柄 本人 | 6 予定期間 令和 ×年 ×月 ×日から 平成 ×年 ×月 ×日まで |
| 7 傷病名 右膝靭帯損傷 (受診することとなった原因: ケガ、ケガ以外) | ケガの原因(注2) 飲食店に入ろうとしたところ、階段から転落し負傷。 |
| 8 長期入院 該当 (非該当) 長期入院は、申請月以前の1年間にすでに90日を超過して入院されていることです。ただし、市区町村長税が課されていない期間の入院期間に限りません。(該当の場合は下欄をご記入ください。) | |
| 1 申請日前1年間の入院期間(日数) 平成 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間 医療機関名 所在地 | |
| 2 申請日前1年間の入院期間(日数) 平成 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間 医療機関名 所在地 | |
| 3 申請日前1年間の入院期間(日数) 平成 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間 医療機関名 所在地 | |

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。
注2: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

| | |
|--|-------------------------------|
| 9 「被保険者情報」欄に記入した住所以外のご住所に認定証の送付を希望する場合にご記入ください。 | |
| 住所(注3) 〒 100 - 0000 東京都新宿区〇〇 × - × △△ビル〇階 △△病院 ××科〇〇〇号室 | 電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ×××× |
| あて名 健保 太郎 | 被保険者との関係 本人 |

注3: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能をご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

| | | |
|--|----------------|----------|
| 10 請求代行は、被保険者が当該申請書の作成(申請)ができない場合に限り、被保険者本人が入院中で外出できないため、申請代行の理由 1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2. その他() | 請求代行の氏名 住所 〒 - | 被保険者との関係 |
|--|----------------|----------|

市区町村長が証明する欄 市区町村長 年度の 市区町村長名 (印)

注: 4月~7月診療分については、前年度の課税に関する証明、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となります。

使用されなくなった場合や有効期限を過ぎた場合は、限度額適用・標準負担額減額認定証を健保組合まで返納してください。

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。) 受付日付印

12 社会保険労務士の提出代行名記載欄 東京都農林漁業団体 健康保険組合 (R4.3)

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 事業所(事業主)経由で提出される場合は、提出委任に✓を付けてください。
- 療養を受ける方(認定証を使用される方)の氏名などをご記入ください。
- 認定証を必要とする期間をご記入ください。認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。
- ケガの場合、ケガをした日付やそのときの状況をできるだけ詳しくご記入ください。ケガの原因が第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 申請月以前の1年間にすでに90日を超えて入院されている場合はご記入ください。ただし、市区町村長税が課されていない期間の入院期間に限りません。該当の場合は、入院した期間(日数)や医療機関名などご記入のうえ、該当する期間が記載されている領収書の写しを添付してください。
- 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能をご確認ください。その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。
- やむを得ない事情で被保険者が当該申請書の作成(申請)ができず、事業所のご担当者等が申請代行される場合、申請代行者の情報をご記入ください。
- 被保険者本人が非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。注1: 診療された方が扶養家族であっても、被保険者の「(非)課税証明書」が必要です。注2: 診療を受けた月が7月までは「前年度分」、8月以降は「当年度分」となります。
- 2の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

限度額適用・標準負担額減額認定証は、申請書を健保組合で受付した当日に希望送付先へ送付します。速達での送付をご希望なされる方は、申請年月日横の空いているところへ「速達希望」とご記入ください。

* この認定の適用により生活保護を必要としなくなる方は、「保護却下通知書」などの書類も必要となります。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の署名(サイン)をご記入ください。