

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

## 【注意事項】

- 診療月の属する年（診療が4月～7月の場合は、前年）の被保険者の市町村民税「非課税証明書」の原本を添付してください。ただし、（※）欄に市区町村長の証明を受けた場合は添付の必要はありません。
- 健保組合が申請書を受付けた日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	100	被保険者	氏名	健保 太郎				印
		番号	99999		生年月日	昭和・平成	50年	4月	1日	
	事業所	名称	オリックスグループ健康保険組合							
	減額対象者	氏名	健保 花子			被保険者との続柄	配偶者			
		生年月日	昭和・平成	60年	5月					
	被保険者の住所・電話番号	〒105 - 5135 東京都港区浜松町2-4-1 TEL 03 - 3435 - 3127								
	長期入院（申請月前1年間に市区町村民税が課されない期間での90日を越える入院）	該当 ・ 非該当								
	長期該当者として申請する者のみ記入	申請月前1年間の入院日数合計（ ）に日間								
	①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から			平成 年 月 日まで				
			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）	平成 年 月 日から			平成 年 月 日まで					
		入院をした保険医療機関等	名称							
		所在地								
認定証送付先 ※被保険者住所と 同じ場合は記入 不要です	〒 - 宛名 様									

申請代行者欄は、被保険者及び認定証が必要な方以外の方が申請する場合にご記入ください

申請代行者	氏名	印	被保険者との関係	
	日中連絡先 電話番号		代行理由	1. 被保険者が入院中 2. その他（ ）

市 区 町 村 長 の 印	令和 年 月 日	
	当該被保険者には平成 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

&lt;健康保険組合処理欄&gt;

&lt;受付印&gt;

常務理事	事務長	担当