

日立健康保険組合 御中

## 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】**

1. 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。
2. マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望されない方は、被保険者の「非課税証明書」(原本)を必ず添付してください。

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 者 欄	提出日	令和 年 月 日			備考		
	被保険者証 記号・番号	記号	番号			被保険者 氏名	(フリガナ)
		※任意継続および特例退職の方は記入不要です			所属・電話		(TEL : )
	事業所 (会社)名称						
被保険者 住所 (TEL)	(TEL : - - )			※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください			
認 定 証 交 付 対 象 者 欄	対象者氏名 (療養を受ける人)	(フリガナ)	被保険者 との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	減額申請の 理由 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 標準負担額の減額により生活保護法の要保護者とならない方					
	申出方法の 選択 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 非課税証明書(原本)の添付 <input type="checkbox"/> マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望 <small>※事業所または健保にマイナンバーを届出されている方に限ります。又、情報連携による 所得情報が取得できない場合は「非課税証明書」(原本)のご提出をお願いすることがあります。</small> <b>被保険者の1月1日<sup>(注)</sup>の住民票上の住所をご記入ください</b> (〒 - )					
	長期入院 (いずれかに✓)	今回療養を受ける方は、以前に長期入院されていませんか？		<input type="checkbox"/> はい ⇒ 以下の「 <b>長期入院該当の場合</b> 」をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ			
長 期 入 院 該 当 の 場 合 欄	申請日前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			
	入院した医療機関	名称					
		住所					
	申請日前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			
入院した医療機関	名称						
	住所						
認定証の 送付先	〒 -						
※被保険者住所 と同じ場合は 記入不要です	受取人 氏名	被保険者 との続柄	受取人 連絡先	TEL :			

※認定証は、「簡易書留」にて送付いたします。

インプット	証発行

受付日付印

交付年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	主任	担当
発効年月日	令和 年 月 日				
有効期限	令和 年 月 日				
適用区分	才 ・ I ・ II	資格取得日	年 月 日		
長期入院	該当 ・ 非該当	扶養認定日	年 月 日		