

限度額適用・標準負担額減額認定申請書 記入例

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 / 給付課03-3576-3511②

発行年月日	有効年月日	区分	報酬月額	課長	係長	係
令和 年 月 日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	才・I・II	千円			

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 住民税非課税世帯用

1 被保険者情報	記号	番号	※(非)課税証明書原本を添付または市区町村長証明欄(2枚目)に証明を受けてください。
	被保険者証の(右づめ)	227	
2	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 48 4 5
	住所	(〒 332 - 0035) 埼玉 川口市西青木 〇-〇-〇	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 048 (258) △△△△	

3 認定対象者	認定証を使用する方の氏名	健保 合子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 24 年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和
	認定証が必要な期間	医療機関での会計がこれからの期間(未精算の期間)を記入 令和 5 年 2 月 ~ 令和 5 年 2 月	4 傷病原因 <input type="checkbox"/> 病気または出産によるもの <input checked="" type="checkbox"/> 外傷性(ケガ等)によるもの 別紙<負傷原因届>の添付が必要です
療養する方は、長期入院されましたか。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。			

※認定証は原則、申請書の受付月の1日から発行します(月の途中で当組合へ加入した場合を除く)

5 希望送付先	上記被保険者情報の住所と別のところに送付を希望する場合のみご記入ください。 ※希望送付先宛の返信用封筒を添付してください。 ※医療機関へ送付希望の場合必ず事前に医療機関へ受取可能を確認いただき、医療機関名、病棟、病室番号等をご記入ください。		
	住所	(〒 171 - 0022) 東京 豊島区南池袋◇-◇-◇	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (3984) ××××	
6	宛名	社名・部署名、医療機関名・病棟・病室番号 (株) タケイディスプレイ	受取人の氏名 個人名 竹井 世津子
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 入院先 <input checked="" type="checkbox"/> 会社担当者 <input type="checkbox"/> その他()	

7 申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	氏名	竹井 世津子	被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> その他(会社担当者)
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (3984) ××××	申請代行者の理由 <input checked="" 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()

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。令和 5 年 2 月 1 日

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

※こちらは市区町村民税非課税世帯用の申請書となります。
(ただし、受診月の標準報酬月額が53万以上は除く)

- 記号・番号は保険証に記載されています。枝番の記入は不要です。
- 日中繋がる電話番号をご記入ください。
- 会計がこれから(未精算)であり、限度額証が必要となる該当月を記入してください。
※原則、申請書の受付月の1日からの発行となります。
【例】令和5年2月~令和5年2月の申請書を令和5年3月4日に受付→令和5年3月~令和5年3月で発行
- 外傷性(ケガ等)の場合は、別紙『負傷原因届』を記入し、添付してください。
- 限度額認定証は原則、②欄の被保険者住所へ送付します。
②欄以外へ送付希望の場合のみ記入し、返信用封筒を添付してください。
- 医療機関へ送付希望の場合は、個人宛での郵便物の受取について、医療機関担当者の了承を必ず事前に得てください。
- 被保険者および療養を受ける方以外の方が申請を代行される場合のみご記入ください。
- こちらの申請書を記入した日付をご記入ください。

(非)課税証明書原本 ※発行日より3ヶ月以内のもの

4月~7月診療分...前年度の(非)課税証明書
8月~3月診療分...当年度の(非)課税証明書

【例】令和5年7月~令和5年7月 → 令和4年度(非)課税証明書
令和6年3月~令和6年3月 → 令和5年度(非)課税証明書

添付書類

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

住民税非課税世帯用

9 長期入院欄

申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間	
1 申請を行った月以前 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 保険医療機関等	名称	
	所在地	
2 申請を行った月以前 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 保険医療機関等	名称	
	所在地	
3 申請を行った月以前 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 保険医療機関等	名称	
	所在地	
4 申請を行った月以前 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 保険医療機関等	名称	
	所在地	
5 申請を行った月以前 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 保険医療機関等	名称	
	所在地	

**直近1年間に入院がある
場合は記入ください。
※直近1年間の入院日数
により“食事療養標準負
担額”が変わります。**

9 直近1年間に入院がある場合のみご記入ください。

10 (非)課税証明書を添付しない場合は、市区町村役所(場)にて、
証明を依頼してください。(押印省略不可)

10 市区町村長証明欄

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

当該被保険者(氏名)は平成・令和()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

**こちらに市区町村長に証明を依頼するか、
非課税証明書(原本)を添付ください。**

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、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が必要となります。