

健康保険

限度額適用 限度額適用・標準負担額減額

認定証交付申請書

《記入前に確認》

下記記入枠内 の被保険者(請求者)の住民税は課税ですか

該当するものへ チェックをお願いします。

はい 下記枠内をすべて記入のうえ、この用紙のみ提出してください。

いいえ

下記枠内をすべて記入のうえ、以下の①②いずれかの書類を添付してください。

①「非課税証明書」(コピー可)
②「市民税県民税特別徴収税額の通知書
(納税義務者用)」(コピー可) } 1～7月の診療の場合・・・前年度の証明書
8～12月の診療の場合・・・今年度の証明書

※直近1年間の入院日数が90日を超える場合のみ
別紙「長期入院該当者用」も記入のうえ添付してください。
不明な場合は、健保組合へお問い合わせください。

※下記をすべて記入のうえ、事業所担当者または健保組合へご提出ください。 年 月 日 提出

被保険者記入欄	被保険者証の記号・番号(枝番は不要)			被保険者(請求者)の氏名	フリガナ			
	記号	番号						
	被保険者の現住所		〒		電話番号 ()			
	事業所名称							
	対象者	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄
	認定証のお届先		認定証は事業所担当者へお送りします。 ※やむを得ない場合のみ、お届先の住所を下記へご記入ください。					
	必要な月を記入(入院する月など)		必要なのは 月から (原則、必要月の1日～1年分で交付します)					

受付日付印

常務理事	事務長	担当者	標準報酬月額
			千円