

記入例

協和キリン健康保険組合 宛

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

下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。

2022 年 10 月 1 日

被保険者の情報	被保険者証の 記号番号	記号	300	番号	12345	会社名	△△△株式会社		
						所属	△△支店 △△営業所		
	従業員番号	20209999				メールアドレス	kenpo.00@000.com		
	申請者氏名	健保 太郎				※申請書氏名は自署で記入してください。			
	被保険者住所	(〒 103-0000)				日中連絡先(TEL)	090-0000-0000		
		東京都中央区〇〇1-1-1 〇〇マンション101							
認定対象者	氏 名	健保 太郎		続柄	本人	生年月日	1995 年 12 月 25 日		
	入院予定期間	2022 年 10 月 1 日 ~ 2022 年 11 月 30 日							
	長期入院されましたか	☒ 該当 ☐ 非該当				入院日数合計	35 日間		
長期入院に該当する場合に記入	1	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	2022 年 8 月 25 日から 2022 年 9 月 30 日まで				日数	35 日間	
		入院をした 保険医療機関等	名称	◇◇◇総合病院					
			所在地	東京都◇◇区◇◇1-1-1					
	2	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで				日数	日間	
		入院をした 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)	年 月 日から 年 月 日まで				日数	日間	
		入院をした 保険医療機関等	名称						
			所在地						

希望送付先	☐ 職場	☐ 被保険者の情報に記入した住所
	☒ その他 [☐ 実家 ・ ☒ 病院] ※宛名(様方・気付)、部屋番号、病棟、病室番号等が必要な場合は もれなくご記入ください。	
	(〒 100-0000) TEL: 03-0000-0000	
	住所 東京都◇◇区◇◇1-1-1 宛名 ◇◇◇総合病院 医事課	

■「被保険者」および「認定対象者」以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請 代行 者 欄	氏 名	健保 一郎	被保険者 との関係	☐ 総務・人事担当者 ☐ 上長 ☒ 家族 (続柄 父) ☐ その他 ()
	日中連絡先(TEL)	080-0000-0000	申請代行の 理由	☒ 被保険者本人が入院中のため ☐ その他 ()

市区町村長 証明欄	当該被保険者(氏名 健保 太郎)は(令和4)年度の市区町村民税が課されないこと証明する。	
	市区町村長名 東京都▲▲区長 ▲▲ ▲▲	印

※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。

※認定証の有効期間は、発行月1日から最長で初めて到来する7月末日までとなります。

※(非)課税証明書(原本)を添付する場合は、「市区町村長証明欄」の証明は必要ありません。

《健保受付日付印》

健保 記入 欄	常務理事	事務長	担当