

健康保険 限度額適用認定 申請書

(70歳未満 適用区分ア・イ・ウ・エ用)

限度額適用認定申請書記入例

被保険者欄	1 被保険者記号・番号	123 - 45678	2 被保険者氏名	健保 拓哉
	3 被保険者住所地	〒 105 - 0000	4 電話番号 (日中の連絡先)	080 - 0000 - 0000
東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123				

認定対象者欄	5 療養を受ける方	氏名 健保 拓哉	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5年 1月 1日
	6 療養予定期間 (申請期間)	令和 3年 4月から 令和 4年 3月まで	※申請月の初日から最長で1年間有効	
	7 認定証送付希望先	住所 東京都港区▲▲▲3-4-5	記入してください 000 - 0000	
		宛名 ●▲■★大学病院 入院病棟○△□号室		

【留意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者（被保険者）の署名が必要となります。

※認定証の有効期間は、当組合に申請のあった日の属する月の初日（健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日または扶養認定日）から最長で1年間となります。

※療養の原因となる傷病が、外傷性によるケガの場合は、「負傷原因届」を添付してください。

※療養の原因となる傷病が、第三者の加害行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

健保組合使用欄	受付日付印
---------	-------

限度額適用・
健康保険 標準負担額減額認定 申請書

(70歳未満 適用区分才：市区町村民税非課税などの低所得者用)

常務理事 事務長 担当者

限度額適用・標準負担額減額認定申請

被保険者欄	1 被保険者記号・番号	123 - 45678	2 被保険者氏名	健保 拓哉
	3 被保険者住所地	〒 105 - 0000	4 電話番号 (日中の連絡先)	080 - 0000 - 0000
東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123				

認定対象者欄	5 療養を受ける方	氏名	健保 拓哉	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 5年 1月 1日 <input type="checkbox"/> 令和
	6 療養予定期間 (申請期間)	令和 3年 8月から 令和 4年 3月まで		
	7 療養する方は、長期入院とされた場合は、申請を行った	■はい（「はい」と答え）		
	被保険者が記入してください ※記入漏れのないようにお願いします			
	8 認定証送付希望先	記入してください		
	住所	〒 105 - 0000	電話番号 (日中の連絡先)	03 - 0000 - 0000
	東京都港区▲▲▲3-4-5			
	宛名	●▲■★大学病院 入院病棟○△□号室		

長期入院欄	9 申請を行った月以前1年間の入院日数合計	122日間		
	A 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	令和 3年 5月 3日から 令和 3年 7月 31日まで 90日間		
	入院した保険医療機関等	名称	●▲■病院	所在地 東京都渋谷区●●6-7-8
	B 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	令和 3年 4月 1日から 令和 3年 5月 2日まで 32日間		
	入院した保険医療機関等	名称	●×病院	所在地 東京都千代田区●●1-2-3
	【留意事項：申請者（被保険者）殿】			

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者（被保険者）の署名が必要となります。
※認定証の有効期間は、当組合に申請のあった月の属する月の初日（健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日または扶養認定日）から最長で初めて到来する7月末日になります。

※被保険者の非課税証明書

※申請を行った月以前1年間添付してください。

※療養の原因となる傷病が、

※療養の原因となる傷病が、

市区町村長の証明を受けてください

※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。

市区町村長証明欄	当該被保険者（氏名 健保 拓哉）は令和（3）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	東京都港区長 ●▲ ■★	印	必要です。

健保組合使用欄	受付日付印
---------	-------