

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

市区町村民税が非課税などの低所得者用

被 保 険 者 欄	被保険者証	記号		事業所	名称		
		番号			所在地		
	氏名				⑩	電話番号	
	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男 女
	住所	〒					

認定書交付対象者 (使用する人) 被扶養者の場合のみ ご記入ください	氏名				被保険者との続柄	性別	男
	生年月日	昭・平	年	月			日

療養予定期間	平成 年 月 から使用開始						
傷病原因	<input type="checkbox"/> ケガが原因（「傷病届」を添付が必要です） <input type="checkbox"/> ケガ以外が原因						
上記住所とは別のところに送付を希望する場合	住所	〒					
	宛名				電話番号		

使用する人は申請月の前1年間に90日以上入院していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
------------------------------	-----------------------------	------------------------------

↓ はい の方のみご記入ください

申請日の前1年間の入院期間	日数	医療機関	医療機関の所在地
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			

申請代行者欄 被保険者及び療養受ける方以外の方が、申請する場合	氏名			被保険者との関係	
	電話番号			申請代行の理由	

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

- 認定証の発行日は、原則、申請書を受付した日の属する月の1日から有効となる認定証を交付されます。
- **被保険者（本人）の住民税非課税証明書（原本）を添付してください。**
 前年8月診療分～当年7月診療分 ➡ 前年度の非課税証明書
 当年8月診療分～翌年7月診療分 ➡ 当年度の非課税証明書
- 有効期限が過ぎた限度額適用認定証は返却ください。
- 負傷の際に相手がいる場合（交通事故・けんか等）は、「第三者の行為による傷病届」の添付が必要です。
- 限度額適用認定証は簡易書留で送付します。

送付先：〒612-8053 京都市伏見区東大手町763若由ビル3F

受 付 印

※健保記入欄

交付年月日	平成 年 月 日
資格取得日	平成 年 月 日
証No.	

常務理事	事務長		担当者