

# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

新規・再交付〔紛失・破損・その他( )〕

中部アイティ産業健康保険組合 理事長 殿

健康保険証の記号・番号		記号	番号		
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	年	月		日
対象者	氏名				
	生年月日	年	月	日	被保険者との続柄
外傷性による傷病 (いずれかに○をつける)		いいえ はい ⇒ 第三者行為(交通事故・その他)・工作中(業務上)・通勤途上・その他( )			
認定証の送付先 (いずれかに○をつける)			事業所 ・ 被保険者住所 ・ その他		
希望送付先住所 (送付先をその他に選択した場合のみ記載)		〒			

長期入院	該当 ・ 非該当			
※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。				
ここから下は長期入院該当者として申請する方のみ記入してください。				
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)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地		

# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

新規・再交付〔紛失・破損・その他( )〕

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①～③のいずれかの方法により申出を行ってください。

①「(非)課税証明書」原本の添付

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付して下さい。

※4月から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「(非)課税証明書」を添付ください。

②市区町村長からの証明

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より証明を受けてください。

市区町村長の証明	当該被保険者は	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	(印)

※4月から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を受けてください。

③マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望

被保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。

1月1日の住民票住所	(〒 - )
------------	--------

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり申請します。

年 月 日 被保険者 住 所 〒

氏 名

電話番号

健 保 処 理 欄	発効年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係	確認
	有効期限	年 月 日				

受付日付印