

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

常務理事	事務長	担当
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

令和 4 年 11 月 1 日提出

被保険者情報	事業所	住吉工場				
	住所 電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■■県■■■市■■■区■■■町●-●-● TEL: 090 (1234) 5678				
	記号番号	●● - ●●●●●●				
	氏名	栗本 空				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
		1	0	4	0	1



被保険者証に記載している
記号番号を記入してください

対象者情報	氏名	栗本 空			続柄	本人	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日						
			1	0	4	0	1										
	療養 予定期間	令和	0	4	1	1	1	5	~	令和	0	5	0	3	3	1	まで

※注意事項

1. 住民税非課税証明書を添付してください。なお、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。
例) 令和2年8月~令和3年7月診療分 ... 令和2年度(非)課税証明書
令和3年8月~令和4年7月診療分 ... 令和3年度(非)課税証明書
2. 特定医療費(指定難病)受給者証の交付がある場合は、その写しを添付してください。
3. 「認定証」の有効期限は、申請月の1日から、最長で初めて到来する7月末日の範囲となります。
4. 有効期限経過後は、速やかに当組合へご返却ください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)

必ず確認の上 チェック!

必ず確認の上 チェック!

被保険者確認欄
この届出について、以下の要件を満たしたものである <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している

事業主確認欄
この届出について、以下の要件を満たしたものである <input checked="" type="checkbox"/> 事業主が記載内容に誤りがないか確認している <input checked="" type="checkbox"/> 申請者が「認定証」の直接の受取りを希望している
・送付先: <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他
・住所: 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■■県■■■市■■■区■■■町■■■ ●-●-● TEL 090 (1234) 5678
・受取人または医療機関名: 栗本 空 様

原則事業所経由での受け渡しとなります。
特別に個人直接の受け取りを希望する場合
以外はチェックしないこと!

※健保記入欄	標準報酬月額	適用区分
	千円	才