

日立健康保険組合 御中

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

【注意事項】

1. 健保組合が申請書を受付けた日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。
2. マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望されない方は、被保険者の「非課税証明書」(原本)を必ず添付してください。

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

| | | | | | | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 被 保 険 者 欄 | 提出日 | 令和 年 月 日 | | | 備考 | | |
| | 被保険者等 記号・番号 | 記号 | 番号 | | | 被保険者 氏名 | (フリガナ) |
| | | ※任意継続および特別退職の方は記入不要です | | | | | 所属・電話 |
| | 事業所 (会社)名称 | | | | | | 所属・電話 |
| 被保険者 住所 (TEL) | 〒 - (TEL : - -) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください | | | | | | |
| 認 定 対 象 者 欄 | 対象者氏名 (療養を受ける人) | (フリガナ) | | 被保険者 との続柄 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 減額申請の 理由 (いずれかに✓) | <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 標準負担額の減額により生活保護法の要保護者とならない方 | | | | | |
| | 申出方法の 選択 (いずれかに✓) | <input type="checkbox"/> 非課税証明書(原本)の添付 <input type="checkbox"/> マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望 <small>※事業所または健保にマイナンバーを届出されている方に限ります。又、情報連携による 所得情報が取得できない場合は「非課税証明書」(原本)のご提出をお願いすることがあります。</small> 被保険者の1月1日(注)の住民票上の住所をご記入ください (〒 -) | | | | | |
| | 長期入院 (いずれかに✓) | 今回療養を受ける方は、以前に長期入院されていませんか？ <small>※長期入院とは、申請日前1年間に90日を超えて入院されていることです (但し、市町村民税が課されていない期間の入院に限ります)</small> | | | | <input type="checkbox"/> はい ⇒ 以下の「 長期入院該当の場合 」をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 長 期 入 院 該 当 の 場 合 欄 | 申請日前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで | | 日間 | | | |
| | 入院した医療機関 | 名称 | | | | | |
| | | 住所 | | | | | |
| | 申請日前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで | | 日間 | | | |
| 入院した医療機関 | 名称 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | |
| 認定証の 送付先 | 〒 - | | | | | | |
| ※被保険者住所 と同じ場合は 記入不要です | 受取人 氏名 | 被保険者 との続柄 | | 受取人 連絡先 | TEL : | | |

※認定証は、「簡易書留」にて送付いたします。

| | |
|-------|-----|
| インプット | 証発行 |
| | |

受付日付印

| | | | | | |
|-------|------------|-------|-------|----|----|
| 交付年月日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 主任 | 担当 |
| 発効年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 有効期限 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 適用区分 | 才 ・ I ・ II | 資格取得日 | 年 月 日 | | |
| 長期入院 | 該当 ・ 非該当 | 扶養認定日 | 年 月 日 | | |