

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—		事業所名			
	被 保 険 者	氏名			生年月日		
					年	月	日
		住所					
		〒 —			電話 ()		
	減 額 対 象 者	氏名			生年月日		
					年	月	日
		被保険者との続柄	第三者行為（交通事故など）によるものですか				
			いいえ ・ はい 〔はいの場合は、事前に三井健保（03-3243-1406）までご連絡ください。〕				
		ここから下は申請日前1年間の減額対象者としての入院期間が90日を超える場合に記入					
入院した医療機関名・電話番号			入院期間				
電話 ()			年 月 日から	年 月 日まで (日間)	入院日数 合計 (日間)		
電話 ()			年 月 日から	年 月 日まで (日間)			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(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。)

◆年月日は元号でご記入ください。

備考欄

証 明 欄 (※)	市区町村長の	年 月 日
	当該被保険者には _____ 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	

【添付書類】

- 診療月の属する年度（診療が4月～7月の場合は、前年度）の被保険者の市町村民税非課税証明書の原本を添付してください。ただし、(※)欄に市区町村長の証明を受けた場合は添付の必要はありません。
- 申請日前1年間の減額対象者としての入院期間が90日を超える場合は、医療機関発行の食事代（標準負担額）がわかる領収書の原本を添付してください。

事 業 主 の 記 入 欄	上記のとおり申請がありましたので、記入内容に誤りがないことを確認のうえ提出します。		年 月 日
	事業所の所在地		
	名 称		
	事業主氏名		

健 保 使 用 欄	常務理事	事務長	課長	給付課	発議日	年 月 日
					発効日	年 月 日
					有効期限	年 月 日
					長期 非該当・該当	年 月 日