

常務理事	事務局長	課長	係長	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証記号・番号		—		事業所名称			
	被保険者	氏名				電話番号	()	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日			性別	男・女	
		住所	〒 —					
	減額対象者	氏名				被保険者との続柄		
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			性別	男・女	
	病気またはケガの原因	ケガまたはケガの原因の病気（外傷性）ですか？ はい・いいえ ※「はい」に丸をつけた方は、「負傷の原因に関する調書」を添付してください						
	限度額認定証の希望送付先住所 <small>※被保険者住所と同じ場合は記入不要</small>	〒 —						
	入院・外来の別	入院・外来						
	入院の場合	令和 年 月 日より入院（予定） 申請日の前1年間の入院日数は90日を超えていますか？ はい・いいえ						
※ここからは申請日の前1年間の入院日数が90日を超えての方のみ記入して下さい。					入院日数合計 (日間)			
申請日の前1年間の入院期間		日数	入院をした保険医療期間等					
			名称	所在地				
①	平・令 年 月 日 から							
	平・令 年 月 日 まで							
①	平・令 年 月 日 から							
	平・令 年 月 日 まで							
①	平・令 年 月 日 から							
	平・令 年 月 日 まで							

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

(注)市区町村長が証明する欄	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 ㊟

東京都皮革産業健康保険組合理事長 殿

受付日付印

注意事項

- ◎認定証の発効年月日については、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。（申請のあった月に資格取得した者又は、被扶養者となった者については、その資格取得日又は、扶養認定日となります）
- ◎ケガの場合は別紙「負傷原因届」、他人の行為による場合は別紙「第三者行為による傷病届」を添付してください。
- ◎被保険者(本人)の非課税証明書(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