

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	6090—8569	事業所名称	駒形皮革(株)	
	被保険者	氏名	皮革太郎	電話番号	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
		生年月日	昭和・平成 38年9月13日	性別	男・女
		住所	〒111-0043 東京都台東区駒形〇-〇-〇		
	減額対象者	氏名	皮革花子	被保険者との続柄	妻
		生年月日	昭和・平成 41年12月15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>	〒111-0043 東京都台東区雷門〇-〇-〇			
	入院・外来の別	入院・外来			
	入院の場合	平成 25年 11月 15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日を超えてる方のみ記入して下さい。			入院日数合計	(98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 平成 25年 2月 1日 から 平成 25年 5月 9日 まで	98日	皮革病院	台東区駒形〇〇-〇		
① 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで					
① 平成 年 月 日 から 平成 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。

平成 25 年 11 月 5 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 ⑤

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