

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

[市区町村民税 非課税などの低所得者用]

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号	被保険者証番号	被 保 険 者 氏 名			
	事業所名称					
	事業所 電話番号				仕分コード	
	療養を受ける人	氏 名	性別 男・女 生年月日 年 月 日		続柄	
	療養を受ける医療機関	名 称				
		所在地				
		電話番号				
	見込み必要期間	期間：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日まで ※期間については原則3ヶ月としますが、状況により考慮します				
	今回療養を受ける方は、以前、長期入院されましたか	※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課せられて期間の入院期間に限ります。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
					「はい」の場合、次ページAとB欄に申請を行った以前1年間の入院期間を記入	
	傷 病 名					
	発病又は負傷年月日	平成	年	月	日	午前・午後 時 分頃
	傷病が負傷の場合のみ ご記入下さい	負傷の原因	<input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故（ <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 第三者あり）			
			<input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	負傷の状況については どこで、何のために何 をしていて、どうなっ たか詳細をご記入下さい	負傷の状況				
公費・医療助成の有無	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている（制度名 ）					
市区町村民税が非課税の方	次頁の下欄に市区町村長の証明を受けるか、または、非課税証明証を添付					
<p>上記の通り、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、認定証に記載された有効期限経過後、または必要に供する事由が終了した時は速やかに返還する事を誓約いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>ヤマトグループ健康保険組合理事長 殿</p> <p>被 保 険 者 住 所</p> <p>被 保 険 者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>						

※限度額適用認定証は、通院及び入院でご利用できます。

記入もれがないようにお願いします。

健 保 記 入 欄	発行年月日	平成	年	月	日	確認印	担当印	
	有効期限	平成	年	月	日			
	適用区分							
	発送年月日	平成	年	月	日			
	発送先							

健保受付日付印

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

[市区町村民税 非課税などの低所得者用]

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号	被保険者証番号	被 保 険 者 氏 名				
	11	123456	健 保 太 朗				
	事業所名称	〇 〇 宅急便センター					
	事業所 電話番号	03-0000-0000	仕分コード	38-29-61			
	療養を受ける人	氏 名	健 保 太 朗	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	続柄	本人
		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日				
	療養を受ける医療機関	名 称	〇〇済生会病院				
		所在地	東京都杉並区 〇 - 〇 - 〇				
		電話番号	03-3248-0000				
	見込み必要期間	期間：平成22年 4月 2日 ～ 平成22年 5月14日まで ※期間については原則3ヶ月としますが、状況により考慮します					
	今回療養を受ける方は、以前、長期入院されましたか	※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課せられて期間の入院期間に限ります。			<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
					「はい」の場合、次ページAとB欄に申請を行った以前1年間の入院期間を記入		
	傷 病 名	左鎖骨骨折					
	発病又は負傷年月日	平成 22年 4月 1日 午前・午後 6時 55分頃					
傷病が負傷の場合のみ ご記入下さい	負傷の原因	<input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故 (<input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 第三者あり) <input type="checkbox"/> 学校内 <input checked="" type="checkbox"/> 自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	負傷の状況については どこで、何のために何を をしていて、どうなった か詳細をご記入下さい	負傷の状況	仕事に出勤する前、自宅2階から階段を降りる際、誤って 階段を踏み外し転倒したものを。 階段左側の手すりに左肩をぶつけ、左鎖骨を骨折してしま いました。				
公費・医療助成の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている (制度名)						
市区町村民税が非課税の方	次頁の下欄に市区町村長の証明を受けるか、または、非課税証明証を添付						
上記の通り、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、認定証に記載された有効期限経過後、または必要に供する事由が終了した時は速やかに返還する事を誓約いたします。							
平成 22年 4月 4日							
ヤマトグループ健康保険組合理事長 殿							
被 保 険 者 住 所		東京都新宿区〇〇町〇丁目〇番〇号					
被 保 険 者 氏 名		健 保 太 朗					

※限度額適用認定証は、通院及び入院でご利用できます。

記入もれがないようにお願いします。

健 保 記 入 欄	発行年月日	平成 年 月 日	確 認 印	担 当 印
	有効期限	平成 年 月 日		
	適用区分			
	発送年月日	平成 年 月 日		
	発送先			

健保受付日付印