

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

市区町村民税が非課税などの
低所得者用

被 保 険 者 欄	被保険者証	記号		事業所	名称	
		番号			所在地	
	氏名	自署の場合は押印不要 印			電話番号	
	生年月日	昭・平 年 月 日				
	住所	〒				

認定書交付対象者 (使用する人) 被扶養者の場合のみ ご記入ください	氏名		被保険者 との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		

療養予定期間	令和 年 月 から使用開始
--------	---------------

傷病原因	<input type="checkbox"/> ケガが原因（「傷病届」を添付が必要です） <input type="checkbox"/> ケガ以外が原因
------	--

上記住所とは 別のところに送付 を希望する場合	住所	〒		
	宛名		電話番号	

使用する人は申請月の前1年間に90日以上入院していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
------------------------------	--

↓ はい の方のみご記入ください

申請日の前1年間の入院期間	日数	医療機関	医療機関の所在地
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			

申請代行者欄 被保険者及び療養 受ける方以外の方 が、申請する場合	氏名	自署の場合は押印不要 印	被保険者との関係	
	電話番号		申請代行の理由	

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

- 認定証の発行日は、原則、申請書を受付した日の属する月の1日から有効となる認定証を交付されます。
- **被保険者（本人）の住民税非課税証明書（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
- 有効期限が過ぎた限度額適用認定証は返却ください。
- 負傷の際に相手がいる場合（交通事故・けんか等）は、「第三者の行為による傷病届」の添付が必要です。
- 限度額適用認定証は簡易書留で送付します。

送付先：〒612-8053 京都市伏見区東大手町763若由ビル3F

※健保記入欄

交付年月日	令和 年 月 日
資格取得日	年 月 日
証No.	

常務理事	事務長		担当者

受 付 印
