

※この欄は記入しないでください

| | | | | | |
|-------------|-----------|----------------------|----|-----------|------------|
| 本件認定してよろしいか | 常務理事 | 事務長 | 係員 | 同 年 月 日 | 適 用 区 分 |
| | | | | 令 和 年 月 日 | 才 ・ I ・ II |
| | 交 付 年 月 日 | 令 和 年 月 日 | | | 長期該当 ・ 非該当 |
| | 発 効 年 月 日 | 令 和 年 月 日 | | | |
| | 資 格 関 係 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日取得 | | | 摘 要 |
| | | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日喪失 | | | |

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

令和 1 年 12 月 21 日 提出

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|------|-----------------------|---------|-------------------|----------------------------|-----------------------|----------|-----|--|
| 1 | 被保険者証 | 記号 | ◎◎ | 番号 | ◎◎◎◎◎ | 事業所名 | 近畿日本鉄道株式会社 | | | |
| | 被保険者 | フリガナ | ケンポ サクラ | | 住所 | ◎◎◎市◎◎◎◎町◎-◎◎ ◎◎◎ハイツ◎◎◎ | | | | |
| | | 氏名 | 健保 さくら | | | 電話 | (◎◎◎) - ◎◎◎◎ - ◎◎◎◎ | | | |
| | 減額対象者 | 生年月日 | 昭 ◎ 平 ◎ 令 ◎ 年 ◎ 月 ◎ 日 | | | | | | | |
| | | 氏名 | フリガナ | ケンポ サクラ | | 性別 | 男 ・ 女 | 被保険者との続柄 | 本 人 | |
| | | 生年月日 | 昭 ◎ 平 ◎ 令 ◎ 年 ◎ 月 ◎ 日 | | 被扶養認定日 (健保で記入) | 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 | | | | |

| | | |
|---|--------------------|---|
| 2 | 市区町村長が証明する欄 | 当該被保険者には、令和 1 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 |
| | 令和 1 年 12 月 1 日 | |
| | 市区町村長名 | △ △ △ △ |
| | 太枠内の青色文字は役所が記入します。 | 印 |

| | | | | | |
|---|--|------------|--|--------|----|
| 3 | 申請日の前1年間に減額対象者としての入院日数が90日を超える場合は、保険医療機関ごとに入院期間（日数）を記入して下さい。 | | | | |
| ① | 申請日前1年間の入院期間・日数 | 令和 年 月 日から | | 日間 | |
| | | 令和 年 月 日まで | | | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名 称 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| ② | 申請日前1年間の入院期間・日数 | 令和 年 月 日から | | 日間 | |
| | | 令和 年 月 日まで | | | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名 称 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| ③ | 申請日前1年間の入院期間・日数 | 令和 年 月 日から | | 日間 | |
| | | 令和 年 月 日まで | | | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名 称 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| | | | | 入院日数合計 | 日間 |

※ 裏面の注意事項もご覧下さい

◎記入するときの注意事項

1 の欄

- ① 記入もれのないように、ご注意ください。

3 の欄

長期入院（申請日の前1年間に減額対象者としての入院日数が90日を超える場合）による申請をする場合は、その入院期間・日数・保険医療機関を記入して下さい。

なお、転院等により4ヶ所以上になる場合は、4ヶ所目以降は適宜の用紙に記載し添付して下さい。

◎ 添付書類

1. 『健康保険被保険者証』を、添付して下さい。
2. 『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証』をお持ちの場合は、添付して下さい。
3. この申請書には次の①または②のいずれかの証明書等を添付して下さい。（入院した月の属する年度分。なお、4月から7月入院分については、前年度分）ただし、下の（イ）・（ロ）のいずれかの場合は、添付の必要はありません。
 - （イ） この申請書の2 の欄の証明欄に市区町村長の証明を受けている場合。
 - （ロ） すでに減額認定を受けている場合で、同一年度内において、入院日数が90日を超える（長期入院該当）のため再申請する場合。
 - ① 『市区町村長の非課税証明書』
 - ② 福祉事務所長の『健康保険標準負担額減額認定該当』と記載された保護申請却下通知書、または、その写しに事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明したもの。
4. 長期入院（申請日の前1年間に減額対象者としての入院日数が90日を超える場合）による申請をする場合は『入院期間を確認できる領収書等』を、添付して下さい。

※ 提出・問い合わせ先

〒543-8585

大阪市天王寺区上本町6-1-55

近畿日本鉄道健康保険組合

電話 06-6775-3455