常務理事	事務局

診療を受ける家族（被扶養者）が非課税でも被保険者が非課税に該当しない場合は申請できません。
被保険者が非課税に該当してない場合は、『限度額適用認定申請書』で申請してください。

（被保険者の市区町村民税が非課税の方用）

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

申請日　5　年　4　月　1　日

【被保険者欄】

記号・番号	1234 － 1234567	事業所の名称	○○○○	社員番号	12345
被保険者氏名				年　10　月　8　日	
被保険者住所	〒　79			－　×××　－　××××）	
	愛媛県松山市○○○○				
交付希望者氏名	帝人　ふく				
生年月日	□ 昭和　☑ 平成　□ 令和　23　年　2　月　16　日				

住所は、現在お住まいのご住所をご記入ください。
（単身赴任者は単身赴任先となります）

本人（被保険者）が認定証を交付を希望される場合でも必ずご記入ください。

【会社での受取りが困難な場合の発送希望先住所】

住　所	〒　791　－　8041　（TEL　○○○　－　○○○　－　○○○○）
	愛媛県松山市○○○○
氏　名	帝人　花子

医療機関を指定する場合は、必ず医療機関に了承を得てください。

※申請日の前１年間の非課税期間の入院期間の日数が、既に90日を超えている場合は長期該当となります。

長期入院	（過去１年間に入院期間が90　日を超える）	□ 非該当	☑ 該　当　（入院日数合計　105　日）

長期入院が「非該当」の場合はここまでの記入でOK。
「該当」の場合は申請日の前１年間の入院期間を記入してください。

※上記で長期入院に

申請日の前1年間の入院期間	①申請日の前１年		令和　5　年　4　月　10　日まで　間
	入院をした医療機関等	名　称	あおぞら病院
		所在地	
	②申請日の前１年間の入院期間（日数）		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間
	入院をした医療機関等	名　称	
		所在地	
	③申請日の前１年間の入院期間（日数）		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間
	入院をした医療機関等	名　称	
		所在地	

＜例＞　非課税証明書
R4.8～R5.7診療分：当年度分
R3.8～R4.7診療分：前年度

＜添付書類＞
※市区町村民税が非課税の場合は**非課税証明書**を添付してください。
（申請該当月が1月～7月迄の期間は前年度分、8月～12月迄は当年度分）
なお、非課税証明書の添付がない場合は以下の市区町村長が証明する欄に市区町村にて証明してもらってください。
※認定証の有効期限は、申請日の属する月の１日～最初の7月31日迄です。
（8月1日以降も認定証が必要な場合、改めて新年度の非課税証明を添付した申請が必要です）

		受付日
市区町村長が証明する欄	当該被保険者は、　　年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村町長名	

非課税証明書を添付いただくか、この欄に非課税の証明を受けてください。

上記の通り申請いたします。　　令和　5　年　5　月　15　日　申請

帝人グループ健康保険組合理事長殿