

常務理事	事務長	課長	主任	担当者
健	保	使	用	欄

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

<確認欄>この申請書について、下記①又は②の要件を確認して✓を入れてください。	
<input type="checkbox"/>	①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

記入日で結構です

被保険者等記号番号	1 - 12345	提出年月日	年 月 日 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>	
被保険者 (社員の方)	氏名	健保太郎	事業所 (勤務先) 名称	セコム株式会社
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 平 37年1月1日 <input type="radio"/> 令	住所	東京都渋谷区神宮前1-5-1
適用対象者 (受診する方)	氏名	健保組子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 平 45年1月1日 <input type="radio"/> 令		
被保険者（適用対象者）の住所・電話番号		〒111-1111 東京都千代田区〇〇町 1-2-3 TEL 03-8765-4321		
入院（予定）日 (外来の時は未記入)		令和 2 年 〇 月 〇 日 ~ 月 日 未定		
負傷の原因 ケガで受診する(した)時のみ記入してください		1. 業務上 2. 通勤途上 3. 第三者行為 4. その他 具体的に		
医療機関名		〇〇中央病院		
医療機関の住所		東京都港区〇〇〇3-2-1 TEL 03-1234-5678		
希望送付先 (○を付けてください)		1. 事業所（社内メール便） ・ ②. 自宅（郵送）		

※被保険者本人（社員ご本人）が低所得者（市区町村民税非課税者）の場合は、「非課税証明書」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)

希望送付先をご自宅にいただいた場合
こちらに記入された住所宛に発送致します

上記のとお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ます。