

特例退職 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------|---|---|--|--|--|--|-------------------|----------------|--|--|--|--|
| 被 保 者 記 入 欄 | 被保険者証の 記号・番号 | 6 1 0 0 - 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | | | | | | |
| | 被 保 険 者 | 氏名 | 日生 花子 | | | | | 生年月日 | 1954 年 8 月 8 日 | | | | |
| | | 住所 | 〒541-8501 大阪市中央区今橋3-5-12 | | | | | | | | | | |
| | | 連絡先 | 06 - 2345 - 6789 (日中に連絡が取れる電話番号) | | | | | | | | | | |
| | 適 用 者 | 氏名 | 日生 花子 | | | | | 生年月日 | 1954 年 8 月 8 日 | | | | |
| | | 被保険者 との続柄 | 本人 | | | | | 利用開始年月 (予定でも可) | 2022 年 8 月 | | | | |
| | 長期入院 | 該当 | <input checked="" type="radio"/> 非該当 ※長期入院とは、申請を行う月以前1年間にすでに90日を超えて入院されたことをいいます。該当の場合は、下記に記入し、当該期間の領収証(写)を添付ください。 | | | | | | | | | | |
| | ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | 日間 | | | | | |
| | | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | |
| | | | 所在地 | | | | | | | | | | |
| ② | | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | 日間 | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| | ③ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | 日間 | | | | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| ④ | | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | 日間 | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |

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ます。

【ご注意】 あらかじめ入院予定日がわかっている場合は、余裕をもってご提出ください。

- ※ 認定証の発効年月日は、申請書に記入いただいた利用開始年月の1日となります。
(受付した月に資格取得および被扶養者認定されたときはその取得日または認定日)
- ※ 非課税者の区分は以下の通りとなります。
4月～7月診療分・・・前年度非課税者(前々年の収入による)
8月～翌3月診療分・・・当年度非課税者(前年の収入による)
- ※ 発行される認定証の有効期限は毎年7月31日までとなります。

※市区町村民税が非課税の場合は、以下の欄に市区町村の証明をもらうか、「非課税証明書」を添付ください。

| | |
|-------------|---|
| 市区町村長が証明する欄 | 当該被保険者には、 年度の市区町村民税が 課されないことを証明する。 市区町村長名 印 |
|-------------|---|

| | |
|------|-----|
| 健保組合 | |
| 取 扱 | 決 定 |
| | |