

常務理事	事務長		担当者

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		記号		Emp. No.	
		番号			
被保険者	氏名				
	生年月日	年	月	日	
事業所	名称				
	所在地				
減額対象者	氏名			続柄	
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
被保険者 (減額対象者)の住所	〒 TEL - -				
療養予定期間 (申請期間)	年		月	日	～ 年 月 日
長期入院	該当 ・ 非該当				

ここから下は、長期入院該当者として申請する者のみ記入してください。

		入院日数合計		( 日間)	
①	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年 月 日から		日間	
		年 月 日まで			
	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		日間	
		年 月 日まで			
	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		日間	
		年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

限度額適用・標準負担額減額認定証送付希望先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input type="checkbox"/> その他 [ 実家 ・ 病院 ] ※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。
	〒

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり関係書類を添えて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。

アクセンチュア健康保険組合 理事長 殿

(※)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。 令和 年 月 日 市区町村長名
----------------	--

受付年月日

※ 市区町村長の証明に代えて、市区町村民税の非課税証明書の添付でも結構です。