

| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 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 番号 | Emp. No. | |
| 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。