

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。