

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	100 〇〇〇〇	Emp. No.	〇〇〇〇〇
被保険者	氏名	健保 太郎		
	生年月日	S46年 4月 1日		
事業所	名称	株式会社〇〇〇		
	所在地			
減額対象者	氏名	健保 花子	続柄	妻
	生年月日	S50年 10月 12日	性別	男・(女)
被保険者 (減額対象者)の住所	〒130 - 0013 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都墨田区錦糸〇-〇-〇			
療養予定期間 (申請期間)	R2年 10月 15日 ~ R3年 7月 31日			
長期入院	該当・非該当			

減額対象者の氏名・生年月日を記入してください。

被保険者からみて認定対象者の続柄を記入してください。

認定対象者の住所を記入してください。

認定対象者の療養予定期間を記入してください。

長期入院の該当の有無について、いずれかに○印を付けてください。
長期入院該当とは、申請月以前の12月以内の入院日数(減額対象者としての入院日数に限る)が90日を超える場合をいいます。

ここからは、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		(91 日間)
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	R1年10月25日から R1年12月14日まで		51 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇会 △△病院	
		所在地	静岡市葵区 〇〇町1-1	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	R2年 1月10日から R2年 2月18日まで		40 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇会 △△病院	
		所在地	静岡市葵区 〇〇町1-1	
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		

長期入院該当の場合、入院期間を記入してください。

入院した保険医療機関等の名称、所在地を記入してください。

限度額適用・標準負担額減額認定証送付希望先	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所	<input type="checkbox"/> 適用対象者住所
	□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

課税に関する市区町村長の証明を受ける場合は、この欄をご使用ください。
非課税証明書を添付する場合は、不要です。

※ 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。

20210401

【添付書類】

- 市区町村民税が非課税となっている者は、市区町村民税非課税証明書を添付してください。
なお、申請書面の証明欄に証明を受けた場合は、添付の必要はありません。
- 標準負担額の減額を受けられることにより、生活保護法の規定による要保護とならない者については、「限度額適用・標準負担額減額認定該当(C)」と記載された「保護申請却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」又はこれらの写しに事業主、民生委員又は福祉事務局長が原本証明したものを添付してください。
- 長期入院該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収証(入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は入院期間に係る保険医療機関等の証する書類)を添付してください。

【注意事項】

- この申請書は、被保険者本人が、診療月の属する年度分の市区町村民税非課税の場合にご使用ください。
- 業務上又は通勤途上による傷病の場合は、健康保険は使用できないため、減額認定証の交付を申請できません。
- 交通事故などの第三者の行為による傷病の場合は、別途届出が必要ですので、健康保険組合までご連絡ください。