

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書
〔市区町村民税 非課税などの低所得者用〕

常務理事	事務長	係 員

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号	被保険者証番号	被保険者氏名		
	事業所名称				
	事業所電話番号				
	療養を受ける人	氏 名	性別 男・女	続柄	
		生年月日 昭・平・令	年	月	日
	療養を受ける医療機関	名 称			
		所在地			
		電話番号			
	見込み必要期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日※			
	今回療養を受ける方は、以前、長期入院されましたか ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課せられた期間の入院期間に限ります。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		※「はい」の場合、裏面AとB欄に申請を行った以前1年間の入院期間を記入			
	傷 病 名				
	発病又は負傷年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	傷病が負傷の場合のみ ご記入ください。 負傷の状況については どこで、何のために何を して、どうなったか 詳細をご記入ください。	負傷の原因	<input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故（ <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 第三者あり） <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
		負傷の状況			
公費・医療助成の有無	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている（制度名 ）				
市区町村民税が非課税の方	<u>裏面の下欄に市区町村長の証明を受けるか、非課税証明書を添付</u>				
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、認定証に記載された有効期限経過後、または必要に供する事由が終了した時は速やかに返還する事を誓約いたします。					
令和 年 月 日 住友理工健康保険組合 理事長 殿 被保険者住所					
被保険者氏名					

※認定証は原則発効月（申請書が健保へ到着した月）から7月31日まで有効の認定証を発行します。
（ただし有効期限内に任意継続の期間満了や高齢受給者になる場合はその有効月まで）

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	A		申請を行った月以前1年間の入院日数合計				日間
	①	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	自	令和	年	月	日間
		入院した保険医療機関等	至	令和	年	月	
			名称		所在地		
	②	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	自	令和	年	月	日間
		入院した保険医療機関等	至	令和	年	月	
			名称		所在地		
	③	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	自	令和	年	月	日間
		入院した保険医療機関等	至	令和	年	月	
			名称		所在地		
	④	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	自	令和	年	月	日間
		入院した保険医療機関等	至	令和	年	月	
		名称		所在地			
⑤	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	自	令和	年	月	日間	
	入院した保険医療機関等	至	令和	年	月		
		名称		所在地			
⑥	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	自	令和	年	月	日間	
	入院した保険医療機関等	至	令和	年	月		
		名称		所在地			

※入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている保険医療機関等の領収証など)を添付

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、非課税証明書を添付

す る 欄	市区町村長が証明	当該被保険者は、令和 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	㊟

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を受けてください。