

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書	部長	課長	係長	担当者

申請年月日 令和 年 月 日 (健保組合使用欄)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 【事業主経由(依頼)する場合は✓】					

【ご注意ください】ご家族(被扶養者)の交付申請の場合も、被保険者情報の欄に、被保険者の氏名、生年月日、住所等をご記入ください。

認定対象者	受診者 認定証を 使用される方	氏名	続柄	療養予定期間 認定証を必要 とする期間(注1)	令和	年	月	から				
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	まで	令和	年	月	まで	
	傷病名											
	受診原因	ケガの場合 (注2・注3)	いつ	平成・令和	年	月	日()	そのとき の状況				
		ケガ以外の場合 (注2・注3)	いつ	平成・令和	年	月	日()					
				私用中・休日中・通勤途中・業務中								
長期入院	該当・非該当	長期入院とは、申請月以前の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、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。(該当の場合は下欄をご記入ください。)										
①申請日前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年	月	日	まで	日間	医療機関名					
	平成・令和	年	月	日	まで		所在地					
②申請日前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年	月	日	まで	日間	医療機関名					
	平成・令和	年	月	日	まで		所在地					
③申請日前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年	月	日	まで	日間	医療機関名					
	平成・令和	年	月	日	まで		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書写等)を添付してください。

注1:認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。療養予定期間の記載が無い場合は、受付した月の1日から適用となります。(最大1年間の有効期限を設定し交付します。)

注2:原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

注3:業務災害以外の病気やケガで治療を受ける場合に適用となります。仕事や通勤途中で発生した傷病には使用できません。また外傷性の傷病(ケガまたはケガが原因の病気)で認定証の発行を希望する場合は、ご申請の前に業務課へご連絡ください。(電話番号03-3353-4311代表)

○上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外へ認定証の送付を希望する場合はご記入ください。

希望送付先	住所(注4)	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()			
	宛名					被保険者 との関係			

注4:医療機関を希望する場合は、事前に医療機関の担当者の方に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏名	被保険者との関係		<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
	電話番号 (日中の連絡先)	()	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 が入院中の為 <input type="checkbox"/> その他()

市区町村が 証明する欄	当該被保険者は、平成・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	印
----------------	---	--------	---

注:4月~7月診療分については、前年度の課税に関する証明、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となります。

備考	標準報酬月額	千円	受付年月日
	適用区分		
	発行通番		
	発効月		

※当組合の窓口にて認定証の交付を受けられる場合は、来所された方の身分証明書(本人確認書類)をご持参ください。

東京都医業健康保険組合(R3.2)

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書	部長	課長	係長	担当者

申請年月日 令和 元年 5 月 1 日

見本

(健保組合使用欄)

被保険者情報	被保険者証	記号 9999	番号 1	生年月日	昭和(平成) 2 年 4 月 1 日
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎		
	住所	〒 111 - 1111	東京 (都) 道 府 県	新宿区南元町〇番地	
	事業所名称	医療法人社団△病院		提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 【事業主経由(依頼)する場合は✓】

【ご注意ください】ご家族(被扶養者)の交付申請の場合も、被保険者情報の欄に、被保険者の氏名、生年月日、住所等をご記入ください。

認定対象者	受診者 認定証を 使用される方	氏名 健保 花子 続柄 妻	療養予定期間 認定証を必要 とする期間(注1)	令和 元年 5月から 令和 元年 9月まで
	傷病名	左大腿骨骨折		
	受診原因	ケガの場合 (注2・注3) いつ 平成(令和) 元年 5月 1日(水) 私用中 休日中・通勤途中・業務中	そのとき の状況	自宅の階段から滑ってしまった
	ケガ以外の場合 (注2・注3) いつ 平成・令和 年 月 日() 私用中・休日中・通勤途中・業務中			
	長期入院	該当 (非該当)	長期入院とは、申請月以前の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、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限りです。(該当の場合は下欄をご記入ください。)	
	①申請日前1年間の 入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日まで 日間	医療機関名	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書写等)を添付してください。

注1:認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。療養予定期間の記載が無い場合は、受付した月の1日から適用となります。(最大1年間の有効期限を設定し交付します。)

注2:原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

注3:業務災害以外の病気やケガで治療を受ける場合に適用となります。仕事や通勤途中で発生した傷病には使用できません。また外傷性の傷病(ケガまたはケガが原因の病気)で認定証の発行を希望する場合は、ご申請の前に業務課へご連絡ください。(電話番号03-3353-4311代表)

○上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外へ認定証の送付を希望する場合はご記入ください。

希望送付先	住所(注4)	〒 000 - 0000	東京 (都) 道 府 県	新宿区新宿〇-△
	宛名	健保 桜子		母

注4:医療機関を希望する場合は、事前に医療機関の担当者の方に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	氏名	医業 太郎	被保険者との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
	電話番号 (日中の連絡先)	00(0000)0000	申請代行の理由 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 が入院中の為 <input type="checkbox"/> その他()

○被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、下記欄に市区町村長より証明を受けるか、「非課税証明書」の原本を添付してください。

市区町村が 証明する欄	当該被保険者は、平成・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	印
----------------	---	--------	---

注:4月~7月診療分については、前年度の課税に関する証明、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となります。

備考	標準報酬月額	千円	受付年月日
	適用区分		
	発行通番		
	発効月		

※当組合の窓口にて認定証の交付を受けられる場合は、来所された方の身分証明書(本人確認書類)をご持参ください。

東京都医業健康保険組合(R3.2)