

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

Table with 4 columns: 部長, 課長, 係長, 担当者

(健保組合使用欄)

- 「非課税証明書」の原本を添付してください。
4月～7月診療分・・・前年度の課税に関する証明書
8月～翌年3月診療分・・・当該年度の課税に関する証明書

申請年月日 令和 年 月 日

Main application form with sections: 被保険者情報, 認定対象者, 長期入院, 申請代行者欄

★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。

- 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 form with fields for 住所, 電話番号, 宛名, 被保険者との関係

注2: 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をご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

申請代行者欄 form with fields for 氏名, 電話番号, 被保険者との関係, 申請代行の理由

※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。

申請書送付先 〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地
東京都医業健康保険組合 業務課
TEL03-3353-4311

東京都医業健康保険組合(R6.4)

健保組合使用欄 table with fields: 標準報酬月額, 適用区分, 発行通番, 発効月, 受付年月日

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

Table with 4 columns: 部長, 課長, 係長, 担当者

(健保組合使用欄)

- 「非課税証明書」の原本を添付してください。
4月～7月診療分・・・前年度の課税に関する証明書
8月～翌年3月診療分・・・当該年度の課税に関する証明書

記入例

申請年月日 令和 6 年 4 月 1 日

Main application form with sections: 被保険者情報, 認定対象者, 長期入院, 傷病名, 受診者, etc.

★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。

○ 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 section with fields for address, name, and phone number.

注2: 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をご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

申請代行者欄 section with fields for name, relationship, and phone number.

※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。

申請書送付先 〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地
東京都医業健康保険組合 業務課
TEL03-3353-4311

東京都医業健康保険組合(R6.4)

健保組合使用欄 table with fields: 標準報酬月額, 適用区分, 発行通番, 発効月, 受付年月日