

常務理事	事務長	係	係

標準報酬月額	千円	限度額区分	
有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

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		〇〇・〇〇	
被保険者	氏名	三重 太郎 (印)	事業所 名称
	生年月日	昭和56年 3月 1日	所在地
適用対象者	氏名	三重 太郎	続柄
	生年月日	昭和56年 3月 1日	性別
被保険者(適用対象者)の住所等		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 三重県〇〇市〇〇町 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
交付必要期間 (入院期間などをご記入ください。)		平成29年 4月 〇〇日 ~ 平成29年 8月 〇〇日	
療養する方は、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、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。		<input type="checkbox"/> はい → 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。 <input type="checkbox"/> いいえ	

被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者	氏名	(印)	被保険者との関係
申請代行者の住所等		〒 _____ TEL - -	
申請代行の理由		1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他()	

(注) 被保険者氏名欄は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合は、押印は省略できます。

この申請による限度額適用の期限は直近の8月末または3月末日です。

次に該当した場合は再度申請を行う必要があります。

- ・所得の変動等により限度額区分が変更になる場合
- ・期限を超えて適用を受ける場合

住民税非課税者の方は
ご注意ください

市区町村長証明欄	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、別に(非)課税証明書の添付が必要です。 当該被保険者(氏名)は平成()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)
----------	--

※4月~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が必要となります。

受付日付印

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日

三重県自動車販売健康保険組合 殿