

同	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者
い						

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 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号番号	501-3001				
	被保険者	氏名	健保 太郎	事業 所	名称	いろは信用金庫
		生年月日	昭・平・令45年10月22日		所在地	静岡市駿河区中田1丁目1番1号
	適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻	
		生年月日	昭・平・令50年4月30日			
	適用対象者の住所	静岡市駿河区駿府1-1				
	標準負担額の減額の別	個人住民税非課税者 標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者				
	長期入院	該当・非該当				
	ここから下は、長期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 (100 日間)	
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 3年12月 1日 から 100 日間 令和 4年 3月10日 まで			
入院をした保険医療機関等		名称	静岡駿河総合病院			
		所在地	静岡市駿河区中田1-2			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から	日間			
		年 月 日 まで				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から	日間			
		年 月 日 まで				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

※【注意事項】

- 認定証有効期限は本申請書を健保組合が受付した月の初日から7月末日までとなります。
- 第三者行為(交通事故・けんか等)の場合は、事前に健保組合へご連絡ください。(TEL054-282-2336)
- 下記に市区町村長から非課税であることの証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。(4月～7月診療分については前年度の非課税証明書、8月～翌年3月診療分については当年度の非課税証明書を添付してください。なお、被保険者の非課税証明書を添付してください。被扶養者の方の非課税証明書ではありません。)
- 食事療養標準負担額の減額申請のみの場合には、標題の限度額適用を抹消してください。

上記のとおり、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定認定証の交付を申請します。

令和 4年 4月 1日 提出

※ 市区町村 長が証明 するところ	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。 市区町村長名	㊟
----------------------------	--	---

受付日付印

静岡県信用金庫健康保険組合

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕