



# 健康保険 限度額適用 認定申請書

## 限度額適用・標準負担額減額

イオン健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請します。

令和 ○ 年 5 月 1 日

被 保 者	被保険者証の 記号と番号	8	234567	事業所の 名称	イオンリテール株式会社	部・室 番号	〇〇店
	被保険者の 氏名	健保 太郎		被保険者 (対象者)の 住所	〒 261 - 8515 千葉県千葉市	こちらに記載された住所に 認定証を送付します。	
者 記 入 欄	和 成 和	35 年 6 月 15 日生		上記の住所 以外に送付 を希望され る場合のみ 記入	上記住所以外に認定証の送付を希望する 場合に記入して下さい。 (例: 病院、会社、実家等)		
	対象者の 氏名	健保 太郎		昭 平 成 和	35 年 6 月 15 日生		本人
入 欄	交付必要月 (必ずご記入下さい)	令和 ○ 年 6 月 ~ ※7/31までの有効期間の認定証を発行します。 8/1以降も継続して必要な場合は7/1以降に再度申請下さい。					
	申請代行者 の氏名	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。 入院開始月、もしくは高額医療開始月をご記入下さい。					
	申請代行者 の理由	被保険者以外の方が申請する場合のみご記入下さい					
	長期入院	[ 被保険者が住民税非課税等 の場合に記入して下さい。 ]			該当	非該当	
※ ここからは被保険者が住民税非課税等で、長期該当者として申請する者のみ記入して下さい。(合計入院日数が90日を超えるとき)							
	入院をした保険医療機関等の名称			申請日の前1年間の入院期間 (日数)			
①				令和 年 月 日から	日間		
②				令和 年 月 日まで			
③	<p style="text-align: center;">低所得者の方が、この申請を行う月以前の12ヶ月以内の入院日数が90日を超える場合は、 この欄を記入し、入院期間を証明する書類を添付して下さい。</p> <p style="text-align: center;">※低所得者: 市区町村民税非課税世帯の方、 標準負担額の減額を受けなければ生活保護の要保護者となる世帯の方</p>						
入院日数合計				日間			
組 合 処 理 欄	標準報酬						台帳照会
交付年 (受付)	被保険者が市区町村民税非課税の場合は、被保険者に係る 「市町村民税非課税証明書」を添付して下さい。						取得
発効年	(受診月に係る「非課税証明書」の添付が必要となります。)						喪失
交 認定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・4月～7月の診療分については、前年度の課税に関する証明</li> <li>・8月～翌年3月の診療分については、当年度の課税に関する証明</li> </ul> 注)ただし、この欄に証明を受けた場合は、非課税証明書の添付は不要です。						認定
令和							取消

※注意事項は裏面参照

※低所得 I の区分の適用を受けることを希望する場合は裏面の「所得の状況」を記入してください。