

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	係	決議年月日	令和 年 月 日
						備考	1. 規則第58条第1号該当 2. 長期入院該当
発効年月日	令和 年 月 日			取得年月日	昭・平・令 年 月 日		
有効期限	令和 年 月 日			喪失年月日	令和 年 月 日		

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(長期入院に該当する場合)

記入例

被 保 険 者 情 報	記号・番号	153・1			事 業 所	名称	大阪薬業株式会社						
	記号番号がわからない場合は マイナンバーを記入してください					所 在 地	大阪府大阪市中央区〇〇町 1-1-1						
	氏名	薬業 一郎									大阪府大阪市中央区〇〇町 1-1-1		
		昭・平 〇〇年 1月 1日生											
住所	〒500-0000 大阪府大阪市中央区〇〇町 2-2-2			TEL 06 (〇〇〇〇) 5678									
減額対象者の氏名		薬業 一郎			被保険者との続柄	本人							
		昭・平・令 〇〇年 1月 1日生											

長期入院	該当・非該当	※申請日前1年間に減額対象者としての入院が90日を 超える方が該当となります。							
以下、長期該当者として申請される方のみ記入してください。						入院合計日数	91		日間
申請日の前1年間の入院日数		令和〇〇年 4月 1日から令和〇〇年 5月 31日まで				61		日間	
①	入院をした保険医療機関等	名称	〇×病院						
		所在地	〇×市〇×町 1-1-1						
申請日の前1年間の入院日数		令和〇〇年 6月 1日から令和〇〇年 6月 30日まで				30		日間	
②	入院をした保険医療機関等	名称	〇△病院						
		所在地	〇△市〇△町 1-1-1						
申請日の前1年間の入院日数		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで						日間	
③	入院をした保険医療機関等	名称							
		所在地							

情 報 照 会	被保険者等の課税情報等の確認のため、マイナンバーを利用した照会を行いますので、以下に当てはまる郵便番号と市区町村名をご記入ください。								
	【提出月が1月～7月の場合】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号と市区町村名								
	【提出月が8月～12月の場合】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号と市区町村名								
	被保険者郵便番号	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇			希望	<input type="checkbox"/> マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れていただき、必要な証明書類を添付してください。			
市区町村名	〇〇市			しない					

※マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合でも、当組合がマイナンバーを未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類の提出が必要になる場合があります。

【受 付】

【申請時の添付書類】

- 情報照会を希望しない場合、次の①・②いずれかの証明書(4月から7月診療分については前年度、8月から翌年3月診療分については当年度の証明書)を添付してください。
 - ①市(区)町村長の非課税証明書。
 - ②福祉事務所長の「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された保護申請却下通知書またはその写しに福祉事務所長が原本証明したもの。
- 長期入院該当による申請をする場合は、申請前の入院期間(日数)を確認できる保険医療機関等の領収書等を添付してください。

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	係	決議年月日	令和 年 月 日
						備考	3. 規則第58条第1号該当 4. 長期入院該当
発効年月日	令和 年 月 日			取得年月日	昭・平・令 年 月 日		
有効期限	令和 年 月 日			喪失年月日	令和 年 月 日		

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(長期入院でない場合)

記入例

被 保 険 者 情 報	記号・番号	153・1			事 業 所	名称	大阪薬業株式会社			
	記号番号がわからない場合は マイナンバーを記入してください					所 在 地	大阪府大阪市中央区〇〇町 1-1-1			
	氏名	薬業 一郎 昭・平 〇〇 年 1 月 1 日生								
	住所	〒500-0000 大阪府大阪市中央区〇〇町 2-2-2								TEL
減額対象者の氏名	薬業 一郎 昭・平・令 〇〇 年 1 月 1 日生			被保険者との続柄	本人					

長期入院	該 当 ・ 非 該 当	※ 申請日前1年間に減額対象者としての入院が90日を超える方が該当となります。		
以下、長期該当者として申請される方のみ記入してください。				入院合計日数
申請日の前1年間の入院日数				日間
令和 年 月 日から令和 年 月 日まで				日間
④	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		
申請日の前1年間の入院日数				日間
令和 年 月 日から令和 年 月 日まで				日間
⑤	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		
申請日の前1年間の入院日数				日間
令和 年 月 日から令和 年 月 日まで				日間
⑥	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		

情 報 照 会	被保険者等の課税情報等の確認のため、マイナンバーを利用した照会を行いますので、以下に当てはまる郵便番号と市区町村名をご記入ください。			
	【提出月が1月～7月の場合】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号と市区町村名			
	【提出月が8月～12月の場合】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号と市区町村名			
	被保険者郵便番号	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇	希望しない	<input type="checkbox"/> マイナンバーを利用した情報照会希望しない場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れていただき、必要な証明書類を添付してください。
市区町村名	〇〇市			

※マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合でも、当組合がマイナンバーを未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類の提出が必要になる場合があります。

【受 付】

【申請時の添付書類】

- 情報照会を希望しない場合、次の①・②いずれかの証明書(4月から7月診療分については前年度、8月から翌年3月診療分については当年度の証明書)を添付してください。
- ③市(区)町村長の非課税証明書。
- ④福祉事務所長の「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された保護申請却下通知書またはその写しに福祉事務所長が原本証明したもの。
- 長期入院該当による申請をする場合は、申請前の入院期間(日数)を確認できる保険医療機関等の領収書等を添付してください。