岡谷鋼機健康保険組合 御中

-						
常務理事	重	软	E	十日	N	北
中初生于	7	475	X	177	当	者
			1			
			1			
			1			

健康保険限度額適用 · 標準負担額減額認定申請書

この申請書は住民税非課税世帯用です。 被保険者本人が住民税課税の場合、 別用紙での申請が必要です。

「添付書類」を参考に、該当するものを添付してください。

この申請書を印刷する際は、拡大してA3用紙をご使用ください。

被被	被保険者証記号一番号		所属店		
保険	被保険者氏名	(1)	生年月日	年	月日
者情報	被保険者の 住所および 連絡先	〒(—)	連絡先 1社)
	療養を受ける方	H	生年月日	年	月 月
	続柄		性別	□男	□女
認定	療養予定期間	□入院 □外来	∄ ~	年 月 日	不明の場合は予定日を ご記入下さい
対	医療機関名				
象	 病気または ケガの原因	外傷性(ケガまたはケガが原因	団の病気)です:	か? いいえ	. ・ はい
者欄	外傷性の	第三者行為による傷病ですか (交通事故・暴力など)業務上や通勤(退勤)途上 による傷病ですか	□はい ⇒ □いいえ □はい ⇒ □いいえ	「第三者行為によ 添付してくださ 健康保険の使用はでき 勤務先へ連絡し、労働 お取りください	ません
	※長期入院とは申請を	は、 [※] 長期入院に該当しますか? 行った月以前年間にすでに90日を超えて入院している 市区町村民税が課されていない期間の入院に限ります	□はい ⇒ □いいえ	トライン 「はい」と答えた場合 「長期入院欄」をご記	
Ŀ	記のとおり健康	保険限度額適用認定証の交付を申請し 岡谷鋼機 健康保険組合 理事長様		已入日 年	月 日
4, 8, 但	月~7月診療分 月~翌年3月診 .し「市区町村長	税非課税証明書(原本)を添付し → 前年度の非課税証明書 療分 → 当年度の非課税証明書 証明欄」に証明を受けたとき、又はマ 書の添付を省略できます。2ページ目を	イナンバーでの情		
「健康の住所氏名		認定証」は上記被保険者住所へ送付致 希望する場合は下記にご記入ください	します。		受 付 印

申請を行った月以前1年間で、市区町村民税が課されていない期間中の入院期間が90日を超える場合にご記入くださレ
また、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収書など)を添付してください

臣	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計			以前 合計	日数	入院をした保険医療機関等の名称	住所
長期	1	年	月	目から	-		
^		年	月	日まで			
入院欄	2	年	月	日から			-
慚	4	年	月	日まで	*-		
	0	年	月	日から			
	3	年	月	日まで			

非	課税証明書を添付される場合、この証明は必要ありません	
市区町村長	当該被保険者(氏名)には()年度の市区	町村税が課税されないことを証明する
証 明 欄	市区町村長名	
	*	
7	イナンバーによる課税情報等の確認をご希望される場合	
	1. マイナンバーにより申請される方は被保険者の個人番号を記	B載してください。
	被保険者の個人番号(マイナンバー)記載欄	7
	2. ご本人様確認書類を添付してください	
	□ マイナンバーカード(個人番号カード)をお持ちの場合 ⇒	マイナンバーカードの両面のコピーを 添付してください
	□ マイナンバーカード (個人番号カード) をお持ちでたい場合	4

		してください
	ナンバーカード(個人番号カード)をお持ちでない場合	
番号	■ 個人番号通知のコピー	
① 確認	▶ 住民票 (マイナンバーの記載のあるもの)	*
書類	● 住民票記載事項証明書(マイナンバー記載のあるもの)	①から1つ、②から1
	a de la companya de l	合計2つを
身分	運転免許証のコピー	≪添付書類貼付欄≫
② 確認 6	パスポートのコピー	添付してください
書類	▶ その他官公署が発行する写真つき身分証明書のコピー	

【健保処理欄】	有効期間	:	年	月	目	~	年	月	日
	訨回収日	:	年	月	H				