

常務理事	事務長	担当

【注意事項】・申請の認定証は入院時及び外来についても使用できます。
 ・申請書は対象者毎に提出ください。

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証申請書

被保険者	記号	番号	氏名	①	所属先	性別	生年月日	昭平令	年	月	日	
	住所				資格取得年月日	男	女	昭平令			標準報酬月額	千円
適用対象者	(フリガナ)		性別	生年月日	続柄	適用対象者住所 (被保険者の住所と同じ場合は省略可)						
	氏名		男	女	昭平令	年	月	日				
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方のみ記入してください。					入院日数合計 (日間)							
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平・令	年	月	日	から		入院をした 保険医療機 関等	名称		
			平・令	年	月	日	まで	日間		所在地		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平・令	年	月	日	から		入院をした 保険医療機 関等	名称		
			平・令	年	月	日	まで	日間		所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平・令	年	月	日	から		入院をした 保険医療機 関等	名称		
			平・令	年	月	日	まで	日間		所在地		
備考	※ この申請書により交付された認定証を病院の窓口に掲示すれば、70歳未満の方の療養に係わる窓口負担額を自己負担額にとどめることができますようになります。											
	※ 申請には住民税非課税証明書を添付してください。(4月から7月診療分は前年度、8月から翌年3月診療分は当年度分となります)											
※ なお、70歳以上の方には、高齢受給者証を交付しており、既に自己負担限度額にとどめる措置が講じられていますので申請は不要です。												
医療費の自己負担限度額			入院・外来(世帯ごと)			35,400円		(多数該当の場合)		24,600円		※ 医療費とは一月分(1日から月末)に要する医療費総額
上記の通り被保険者から届出がありましたので関係書類を添えて交付を申請します。										【 受付日付印 】		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名										年 月 日		
										①		

東急百貨店健康保険組合理事長 殿