

# 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

新規・再交付〔紛失・破損・その他( )〕

中部アイティ産業健康保険組合 理事長 殿

健康保険証の記号・番号		記号	番号		
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	年	月	日	所在地
対象者	氏名	被保険者との続柄			
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
外傷性による傷病 (いずれかに○をつける)		いいえ はい ⇒ 第三者行為(交通事故・その他)・工作中(業務上)・通勤途上・その他( )			
認定証の送付先 (いずれかに○をつける)			事業所 ・ 被保険者住所 ・ その他		
希望送付先住所 (送付先をその他に選択した場合のみ記載)	〒				

長期入院	該当 ・ 非該当																				
ここから下は長期入院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	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">から</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">まで</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: right;">日間</td> </tr> </table>		年	月	日	から	年	月	日	まで		日間									
	年	月	日	から	年	月	日	まで													
日間																					
	入院した保険医療機関等 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">名称</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>所在地</td> <td></td> </tr> </table>		名称			所在地															
	名称																				
	所在地																				
②	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">から</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">まで</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: right;">日間</td> </tr> </table>		年	月	日	から	年	月	日	まで		日間									
	年	月	日	から	年	月	日	まで													
日間																					
	入院した保険医療機関等 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">名称</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>所在地</td> <td></td> </tr> </table>		名称			所在地															
	名称																				
	所在地																				
③	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">から</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">まで</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: right;">日間</td> </tr> </table>		年	月	日	から	年	月	日	まで		日間									
	年	月	日	から	年	月	日	まで													
日間																					
	入院した保険医療機関等 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">名称</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>所在地</td> <td></td> </tr> </table>		名称			所在地															
	名称																				
	所在地																				

上記のとおり申請します。

年 月 日 被保険者 住所 〒

氏名

電話番号

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、非課税証明書を添付してください。

市区町村長の証明	当該被保険者は 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 <span style="float: right;">(印)</span>
----------	--

マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。  
 なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。

マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)

備考	
----	--

健 保 処 理 欄	発効年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係	受付日付印
	有効期限	年 月 日				