

※決裁欄	交付年月日	年 月 日	常務理事	事務長		係員
	発効年月日	年 月 日				
	有効期限	年 月 日				
	適用区分		備考			

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書
【被保険者が非課税の場合】

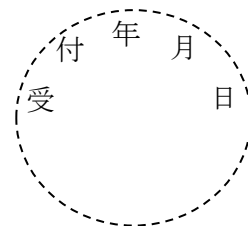
被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証	記号	〇〇〇〇	事業所	名称	住友不動産販売株式会社										
		番号	〇〇〇〇		所在地	東京都新宿区西新宿2-4-1										
	適用対象者 (療養を受ける者)	氏名	住友 花子			続柄	妻									
		生年月日	昭和 平成 令和	〇〇	年	〇	月	〇	日	性別	男・ 女					
		入院(通院)期間	〇〇			年	〇	月	〇	日から	〇〇	年	〇	月	〇	日まで
		医療機関名	□□病院													
	◆被保険者が住民税非課税で、かつ申請を行った月以前1年間で、住民税非課税の期間中の入院期間が90日を超える場合にご記入ください。															
	長期入院欄		申請を行った月以前1年間の入院日数合計	日数	入院をした医療機関名	住所										
		①	〇〇年〇月〇日まで 〇〇年〇月〇日から	30	○△□病院	東京都〇〇区△△0-0-0										
		②	〇〇年〇月〇日まで 〇〇年〇月〇日から	31	○△□病院	東京都〇〇区△△0-0-0										
	③	〇〇年〇月〇日まで 〇〇年〇月〇日から	30	□□病院	東京都□□区××0-0-0											
上記のとおり申請します。																
〇〇年 〇月 〇日																
住友不動産販売健康保険組合理事長 殿																
氏名 住友 太郎																
被保険者 住所 〒 000 - 0000 新宿区〇〇町0-0																
電話番号 12 (3456) 7890																

【添付書類】

被保険者の「市区町村民税非課税証明書」の原本

※認定証が必要な診療月に応じた年度の非課税証明書を市区町村にて取得してください。

- ・当年7月診療分までの場合 ⇒ 前年度の非課税証明書
- ・当年8月診療分以降の場合 ⇒ 当年度の非課税証明書



○長期該当者は、非課税証明書と併せて「入院期間が記載されている領収書の原本」をご提出ください。