

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証の記号番号		—	(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)			
		個人番号				
被保険者	氏名			名称		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	事業所 所在地		
適用対象者	氏名				被保険者 との続柄	性別
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日			
入院・通院を 予定している期間	令和 年 月 ～ 令和 年 月 *有効期間は、申請書が到着した日が属する月の1日からとなります。					
傷病について	病気・出産・けが		けがの場合、第三者行為 によるものである		はい・いいえ	
被保険者の住所	〒 連絡先 ( )					
上記以外に送付を希望する 場合はその住所及びその理由	〒 理由 ( ) 連絡先 ( )					
被保険者以外に送付する 場合の宛名及びその関係性	宛名 ( ) 続柄					

**\*適用対象者（入院・通院される方）の保険証のコピーを添付してください。**

### 【住民税が非課税の世帯は以下をご記入下さい。】

I. 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下さい。

(※)4月～7月診療分については、前年度の非課税の証明を、8月～翌年3月診療分については、当年度の非課税の証明を受けてください。

市区町村が 証明する欄	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。 市区町村名 <span style="float: right;">㊞</span>
----------------	---

II. 長期入院している場合はご記入ください。

(※)長期入院とは、申請以前の12ヶ月以内で入院日数が90日を超えることを指します。

(※)入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている保険医療機関等の領収証など)を添付してください。

①	申請日の前1年間の入院 (日数)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	日間
	入院した保険医療機関等	名 称 所 在 地	
②	申請日の前1年間の入院 (日数)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	日間
	入院した保険医療機関等	名 称 所 在 地	
③	申請日の前1年間の入院 (日数)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	日間
	入院した保険医療機関等	名 称 所 在 地	

令和 年 月 日

ビックカメラ健康保険組合 理事長殿

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

**記入例**

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

<p>マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、限度額適用認定情報の提供に同意することで、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。 そのため、<b>マイナ保険証</b>を利用される場合はこの申請は<b>不要</b>となります。</p>	●●●●●●●●●●	個人番号	<p>この欄は記入は不要です。(マイナンバーのご提出が必要な場合には、ご案内いたします。)</p>		
	健保 太郎	事業所	名称	株式会社○○○○○ (保険証券面参照)	
	昭和 平成 60年 4月 18日		所在地	(保険証券面参照)	
健保 花子	昭和 平成 28年 6月 26日	被保険者との続柄	長女	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
入院期間	令和 1年 5月 ~ 令和 1年 6月				
期間	期間は最長で8月から翌年7月までの1年間となります。7月を超える場合は分けて申請してください。				
傷病について	病気・ <input checked="" type="radio"/> 出産・けが	けがの事由、第二者行為によるものである	はい	いいえ	
被保険者	〒●●●●-●●●●	東京都●●●●	健康保険組合に一旦ご連絡ください。相手方がいる場合は「第三者行為による傷病届」が必要です。		
上記以外に送付を希望する場合はその住所及びその理由	〒●●●●-●●●● ◆◆県◆◆△△●-●●-●●●●				
理由	( 里帰り出産のため ) 連絡先 ( )				
被保険者以外に送付する場合の宛名及びその関係性	宛名 ( 保健 一郎 ) 続柄 適用対象者の実父				

※黒ボールペンでご記入ください。消せるボールペンでの記入は受け付けません。  
 ※発行する限度額適用認定証は、利用終了(退院)後に必ず健保へ返却してください。 ピーを添付してください。

【住民税が非課税の世帯は以下をご記入下さい。】

I. 下欄に市(区)町村長が証明する欄  
 (※)4月~7月 非課税の世帯の方は、**以下は住民税が非課税の世帯のみが対象となりますので、対象の方のみご記入ください。** (※)4月~7月 非課税の世帯の方は、**以下は住民税が非課税の世帯のみが対象となりますので、対象の方のみご記入ください。** (※)4月~7月 非課税の世帯の方は、**以下は住民税が非課税の世帯のみが対象となりますので、対象の方のみご記入ください。** (※)4月~7月 非課税の世帯の方は、**以下は住民税が非課税の世帯のみが対象となりますので、対象の方のみご記入ください。**

市区町村が証明する欄	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。	印
------------	-----------------------------------	---

**非課税世帯の方は、この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。**

(※)入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている保険医療機関等の領収証など)を添付してください。

①	申請日の前1年間の入院(日数)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間
②	入院し	月 月 日 日 ~ 月 月 日 日	日間
③	申請日(日数)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	

**非課税世帯の方で、申請以前の12ヶ月以内で入院日数が90日を超える場合は、この欄に内容をご記入いただき、入院期間が証明できる書類(期間が記載されている領収書など)を添付してください。**

申請書を記入した日付をご記入ください。 令和 1年 5月 6日

ビックカメラ

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担減額認定証の交付を申請します。