健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者等記号・番号		―	（被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です。） 個人番号				
被保険者	氏名		事業所	名称			
	生年月日	昭和 平成　年　月　日		所在地			
適用対象者	氏名						
	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者との続柄		性別	男 ・ 女	
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）の保険証または資格確認書のコピーを添付してください。
＊マイナ保険証をご利用の方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。

【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　　㊞

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）	平成・令和　年　月　日　～ 平成・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）	平成・令和　年　月　日　～ 平成・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）	平成・令和　年　月　日　～ 平成・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

マイナ保険証をりようすれば、事前の手続きなく、限度額適用認定証情報に同意することで、高額医療費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
そのため、**マイナ保険証を利用される場合は、こ**

	●●－●●●●●	個人番号	**この欄は記入は不要です。**（マイナンバーのご提			
	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					
生年月日	昭和 平成 令和 **28**年 **6**月 **26**日	被保険者との続柄	**長女**	性別	男・女	
入院・通院を予定している期間	令和 **1**年 **5**月 ～ 令和 **1**年 **6**月					
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	〒●●●-●● **東京都■■区△△●-●●-●●** 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	〒●●●-●●●● **◆◆県◆** 理由（**里帰り出産のため**					
被保険者以外に送付する	**適用対象者の実父**					

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

けがの場合は「**負傷原因届**」の記入が必要です。

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。

※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。**

書のコピーを添付してください。
*マイナ保険証をご利用の方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。

【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　　さい。
（※）4月～7月診療分に　　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。

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、

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　　㊞

Ⅱ．長
（※）長　　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。

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

①	申請日の前1年間の入院（日数）	平成・令和　年　月　日 ～ 平成・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）	日 ～ 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）	平成・令和　年　月　日 ～ 平成・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ヵ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。

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・標準負担減額認定証の交付を申請します。