

低所得者用	健保使用欄	適用区分	70歳未満	才:低所得者	常務理事	担当上司	担当	
			70歳以上	C:低所得者II ・ C:低所得者I				
		認定証交付日	令和	年	月	日		
		発効年月日	令和	年	月	日		
		有効期限	令和	年	月	日	標準報酬月額	千円

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

三谷健康保険組合 御中

※個人番号で申請される場合は、被保険者備考欄に個人番号を記載してください。ただし、その場合は個人番号確認書類及び身元確認書類の提出が必要となります。

◎裏面の注意事項をよくお読みの上、添付書類を添えてご申請下さい

被保険者	記号-番号	—	事業所(会社)の名称		
	氏名			日中連絡先電話番号	
	生年月日	昭・平	年	月	日
	住所	〒	—		
備考					

適用対象者	氏名			被保険者との続柄			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日		
	傷病の原因	病気 ・ ケガ(裏面注意事項3.参照) ・ 出産					
		その他 () ケガの場合のみ、負傷した日時、場所、状況を詳しく記入してください ()					
	療養する方は、長期入院されましたか？				はい ・ いいえ		
	※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。						
	上記で「はい」と答えた場合、以下の長期入院欄をご記入ください。						
	長期入院欄	申請を行った月以前1年間の入院日数合計				日間	
		1	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日
			入院した保険医療機関等	名称			
2		申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	
		入院した保険医療機関等	名称				
3		申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	
	入院した保険医療機関等	名称					
交付必要期間		*認定証の有効期間は、当組合に申請のあった日の属する月の初日(健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日または扶養認定日)から最長で初めて到来する7月末日の範囲となります。					
入院予定期間などを ご記入下さい。		令和	年	月	日		

生被保険者本人の場合は、氏名・続柄を記入して下さい。

※裏面にもご記入願います。

