

同年月日	平成	年	月	日
決裁年月日	平成	年	月	日

常務理事	事務長		担当者

## 健康保険限度額適用認定申請書

兼 食事療養標準負担額減額申請書(被保険者が非課税の場合のみ)

被保険者証 記号・番号	記号	番号	事業所名(または勤務していた事業所名)			
被保険者氏名			名称			
被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	所在地	
被保険者の 住所	〒 ( )					
対象者氏名			男女	続柄:( )		
対象者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日		
入院期間 (見込み)	平成	年	月	日	~ ( )	日間・ヶ月間
以外に送付を希望する場合 (事業所経由での申請は原則、事業所へ送付します)	住所	〒 ( )				
	宛名					
上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。						
平成 年 月 日						
申請者 住所						
氏名						
電話 ( )						

- <注意> 限度額適用認定証の交付対象者は入院中または入院予定のある方に限ります。入院期間を必ずご記入下さい。  
認定証は入院療養などを受ける際、被保険者証とともに医療機関に提示してください。認定期間中の高額療養費は現物給付となります。  
被保険者の所得の変動等に伴い適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合は、再度申請を行い限度額適用認定証を受けることになります。  
下記該当の場合は必ず認定証を健保組合に返戻してください。  
ア. 被保険者が資格を喪失したとき。 エ. 認定証の有効期限に達したとき。  
イ. 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。 オ. 適用対象者が老人医療受給対象者となったとき。  
ウ. 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。 カ. 適用対象者が70歳に達する月の翌月になったとき。

受付日付印

被保険者が非課税の方は裏面もご記入ください。

長期入院（申請月以前1年間に90日以上入院されましたか）		はい ・ いいえ	
ここから下は長期入院が「はい」の方のみご記入ください		入院日数合計 日	
申請前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで 日間		
	名称		
入院をした保険医療機関	所在地		
	申請前1年間の入院日数		
申請前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで 日間		
	名称		
入院をした保険医療機関	所在地		
	申請前1年間の入院日数		
申請前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで 日間		
	名称		
入院をした保険医療機関	所在地		
	申請前1年間の入院日数		
申請前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで 日間		
	名称		
入院をした保険医療機関	所在地		

**注意**

長期入院に該当する場合は、入院期間を証明するもの(入院期間記載の領収書写し等)添付の上、申請してください。  
 被保険者が当年度市区町村民税が非課税の場合は、市町村民税非課税証明書(原本)を添付の上、申請してください。  
 入院時食事療養費の標準負担額は1食260円ですが、減額認定証を提示することにより、1食210円(長期入院は1食160円)となります。

**【添付書類】**

・市町村民税非課税証明書(原本)  
 (非課税の方で減額認定証の交付を受ける方のみ)

H22.5

全日本理美容健康保険組合  
 03(6661)6106