



健康保険 限度額適用 認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

イオン健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請します。

平成 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号と番号		事業所の名称		部・室名		店名		
	被保険者の氏名 <small>シヤチハタ印は使用しないで下さい</small>		被保険者(対象者)の住所 ※認定証送付先		〒 -		TEL ()		
	被保険者の生年月日 昭和 平成 年 月 日生		上記の住所以外に送付を希望される場合のみ記入		(送付先) 〒 -				
	対象者の氏名		対象者の生年月日 昭和 平成 年 月 日生			被保険者との続柄			
	交付必要期間 (入院・通院予定期間など)		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						※ 7/31まで有効期間の認定証を発行します。8/1以降も継続して必要な場合は7/1以降に再度申請してください。
	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。								
	申請代行者の氏名		申請代行者の住所		被保険者の続柄		〒 - TEL ()		
	申請代行の理由		1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2. その他 ()						
	長期入院 [被保険者が住民税非課税等の場合に記入して下さい。]				該当 ・ 非該当				
	※ ここから下は、被保険者が住民税非課税等で、長期該当者として申請する者のみ記入して下さい。(合計入院日数が90日を超えるとき)								
入院をした保険医療機関等の名称		申請日の前1年間の入院期間 (日数)							
①		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間							
②		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間							
③		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間							
入院日数合計		日間							
市区町村長が証明する欄 当該被保険者には _____ 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する 市区町村町名 _____ 平成 年 月 日 _____ ㊟									
標準報酬月額		千円		適用区分		台帳照会			
交付年月日(受付日)		平成 年 月 日		有効期限		平成 年 月 日			
発行年月日		平成 年 月 日		長期該当年月日		平成 年 月 日			
交付認定		交付認定何		認定証送付日					
認定年月日		常務理事		事務長		課長			
平成						係			
						平成			
						被保険者			
						取得			
						喪失			
						被扶養者			
						認定			
						取消			

※注意事項は裏面参照

※低所得Iの区分の適用を受けることを希望する場合は裏面の「所得の状況」を記入してください。

申請時の注意事項

1. 低所得者の方が申請する場合は、下記(1)(2)のいずれかの書類を添付してください。
※低所得者：市区町村民税非課税世帯の方、標準負担額の減額を受けなければ生活保護の要保護者となる世帯の方
 - (1) 被保険者が市区町村民税非課税となっている場合は、被保険者に係る市町村民税非課税証明書（受診月に係る「非課税証明書」の添付が必要となります。
4月～7月の診療については、前年度の課税に関する証明が
 8月～翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要になります。）
ただし、「市区町村民長が証明する欄」に証明を受けた場合は、その添付の必要はありません。
 - (2) 被保険者が標準負担額の減額を受けられることにより、生活保護法の規定による要保護者とならない場合は、被保険者にかかる「健康保険標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知」もしくは「保護廃止決定通知書」又はこれらの写しに事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明したもの
2. 低所得者の方が、長期該当者である場合は、標準負担額に係る領収証（入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は入院期間に係る保険医療機関等の証する書類）を添付してください。
3. 下記「所得の状況」については、高齢受給者で低所得Ⅰの区分の適用を受けることを希望する場合について記入して下さい。
 - (1) 低所得Ⅰの区分は、被保険者及び全ての被扶養者の方全員が市町村民税非課税であって、被保険者及び全ての被扶養者の方それぞれの給与、年金等の収入から必要経費・控除額（年金については控除額65万円）を引いたとき各所得がいずれも0円となる場合に対象となります。
 - (2) 被保険者及び被扶養者の方全員について、それぞれの所得額を公的年金・給与・その他の所得に分けてご記入ください。
 - (3) 所得はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
 - (4) 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票等の所得が確認できる書類を添付してください。なお、所得額を確認できる書類がなく、かつ、所得額を証明する書類が発行されていない所得については添付不要です。

所 得 の 状 況				
氏 名				
平成 年中 の 所得	公 的 年 金	円	円	円
	老齢基礎年金 老齢厚生年金 退職共済年金 老齢年金 退職年金 等			
	給 与	円	円	円
	（パート収入等含）			
	年金・給与以外の所得 （ ）所得	円	円	円
	〈収入－必要経費〉			