

記入見本

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 26 年 4 月 1 日

| | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------|---|------------------|----------------------|------------------------------------|-----------|-----|
| 被 保 険 者 | 被保険者証の 記号と番号 | 15 | 987654 | 事業所の 名称 | マックスバリュ東北(株) | 部・室 店名 | 本荘店 |
| | 被保険者の 氏名 | 井温 四郎 | | 被保険者 (対象者)の 住所 | 〒 015 - 〇〇〇〇 本荘市〇〇1-1 | | |
| | 被保険者の 生年月日 | 昭和 23 年 5 月 1 日生 | シャチハタ印は使用しないで下さい | ※認定証 送付先 | TEL 0184 (〇〇) ×××× | | |
| | 対象者の 氏名 | 井温 華子 | | 対象者の生年月日 | 平成 25 年 7 月 1 日生 | | |
| 入 欄 | 対象者の 続柄 | 妻 | | 申請期間 | 平成 26 年 4 月 15 日 ~ 平成 26 年 5 月 3 日 | | |
| | 申請代行 者の氏名 | 井温 華子 | | 申請代行 者の住所 | 〒 〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 | | |
| | 申請代行 者の理由 | 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 | | |
| 組 合 処 理 欄 | 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 平成 年 月 日 | | | | | |
| | 標準報酬月額 | 千円 | | 交付年月日 (受付日) | 平成 年 月 日 | | |
| | 発行年月日 | 平成 年 月 日 | | 長期適用 | 平成 年 月 日 | | |
| | 交付認定 | 交付認定 係 | 課長 | 認定証送付日 | 平成 年 月 日 | | |
| 取得 喪失 認定 取消 | 被扶養者 | . . . | | 取得 | . . . | | |
| | 被扶養者 | . . . | | 喪失 | . . . | | |

証はこちらへ記載の住所に発送します。

上記住所以外に認定証の送付を希望する場合に記載して下さい(例:会社、病院、実家等)

対象者氏名は「必要な方の氏名」をご記入下さい。

「申請代行者」の欄は、被保険者以外の方が申請する場合のみご記入ください。

低所得者の方が、この申請を行う月以前の12月以内の入院日数が90日を超える場合は、この欄を記入し、入院期間を証明する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

被保険者が市町村民税非課税の場合は、被保険者に係る「市町村民税非課税証明書」を添付してください。(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となります。)ただし、この欄に証明を受けた場合は、非課税証明書の添付は不要です。

※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。