

1 : 限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

(1) 被保険者証の記号	(2) 被保険者証の番号	(3) 被保険者氏名	(4) 勤務箇所
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(5) 減額の対象となる方の氏名	(6) 対象となる方の続柄	(7) 対象となる方の生年月日	(8) 対象となる方の性別
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 5:昭和 7:平成 9:令和	<input type="text"/> 0:男 1:女
(9) 証の送付先住所	<input type="text"/>		
(10) 標準負担額の減額の別	(11) 低所得I、IIの別	(70歳以上の高齢受給者の方のみ記入してください。)	
<input type="text"/> 0:市町村民税非課税者 1:標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者	<input type="text"/> 0:低所得者I 1:低所得者II		
(12) 長期入院 ※申請日の前1年間の入院日数が90日を超えている場合は「0:該当」、90日以下の場合は、「1:非該当」を記入してください。	<input type="text"/> 0:該当 1:非該当		

《ここから下の記入欄は、長期該当者として申請する方のみ記入してください》

(13) 入院日数合計	<input type="text"/>	日間							
① 申請日の前1年間の入院期間(日数)	<table border="1"> <tr> <td>年</td> <td>月</td> <td>日から</td> <td rowspan="2">日間</td> </tr> <tr> <td>年</td> <td>月</td> <td>日まで</td> </tr> </table>	年	月	日から	日間	年	月	日まで	入院をした保険医療機関等
年	月	日から	日間						
年	月	日まで							
		<table border="1"> <tr> <td>名 称</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	名 称	<input type="text"/>	所 在 地	<input type="text"/>			
名 称	<input type="text"/>								
所 在 地	<input type="text"/>								
② 申請日の前1年間の入院期間(日数)	<table border="1"> <tr> <td>年</td> <td>月</td> <td>日から</td> <td rowspan="2">日間</td> </tr> <tr> <td>年</td> <td>月</td> <td>日まで</td> </tr> </table>	年	月	日から	日間	年	月	日まで	入院をした保険医療機関等
年	月	日から	日間						
年	月	日まで							
		<table border="1"> <tr> <td>名 称</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	名 称	<input type="text"/>	所 在 地	<input type="text"/>			
名 称	<input type="text"/>								
所 在 地	<input type="text"/>								
上記のとおり健康保険法施行規則第105条の規定に基づき申請いたします。									
ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿		年 月 日							
勤務箇所	<input type="text"/>								
被保険者 氏 名	<input type="text"/>								
電 話	<input type="text"/>								
*									

備考 本申請の提出方法につきましては、「被保険者から直接健康保険組合へ申請」、または「事業主を経由して健康保険組合へ申請」のいずれも可能です。

事業所使用欄	箇所長	電話	—	健保担当課	事業主整理番号
--------	-----	----	---	-------	---------