

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

(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

(9)証の送付先住所

(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。)

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

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。

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 日間

① 申請日の前1年間の入院期間(日数) 入院をした保険医療機関等

② 申請日の前1年間の入院期間(日数) 入院をした保険医療機関等

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。

年 月 日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

勤務箇所 \_\_\_\_\_

被保険者 氏 名 \_\_\_\_\_ (印) \*

電 話 \_\_\_\_\_

\* 被保険者が自ら記入する場合は、被保険者の押印は省略可

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 (印) 電話 ー 健保担当課 (印) 事業主整理番号