

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)被保険者等記号	(2)被保険者等番号	(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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 5:昭和 <input type="text"/> 7:平成 <input type="text"/> 9:令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 月 日

(8)証の送付先住所
<input type="text"/>

(9)標準負担額の減額の別	(10)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="checkbox"/> 0:市町村民税非課税者 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 0:低所得者I <input type="checkbox"/> 1:低所得者II

(11)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="checkbox"/> 0:該当 <input type="checkbox"/> 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》

(12)入院日数合計	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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						
	<table border="1"> <tr> <td>年 月 日から</td> <td rowspan="2">日間</td> </tr> <tr> <td>年 月 日まで</td> </tr> </table>	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
年 月 日から	日間							
年 月 日まで								
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)	入院をした保険医療機関等						
	<table border="1"> <tr> <td>年 月 日から</td> <td rowspan="2">日間</td> </tr> <tr> <td>年 月 日まで</td> </tr> </table>	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
年 月 日から	日間							
年 月 日まで								
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

被保険者

氏 名

電 話

-

*

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
--------	-----	----	---	-------	---------