

常務理事	事務長	課長	課長補佐	担当者	※健康保欄	※受付日	年 月 日	※適用区分
						※交付日	年 月 日	
						※有効期間	～	

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

東京地下鉄健康保険組合 殿

太枠内に記入してください

被 保 険 者	保険証記載の記号番号と事業所	—	事業所(会社名)	
	申請者氏名と生年月日			年 月 日
	日中の連絡先	会社・携帯		

療 養 す る 方 に つ い て	適用対象者 (療養する方)	氏名			続柄	
		生年月日	年 月 日		性別	男・女
		住所	〒			
	療養期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (入院・通院)				
	備考					
	上記住所と異なる先へ送付する場合の住所	〒 宛名 (受取人名): 様 (被保険者との関係:)				

該 当 す る 項 目 を 記 入 し 必 要 に 応 じ て 証 明 書 類 を 添 付 し て く だ さ い	1.被保険者の市区町村民税について選択してください。						
	<input type="checkbox"/> 課税あり <input type="checkbox"/> 非課税 ※ <input type="checkbox"/> 所得0 ※ ※「非課税」または「所得0」の方は、市区町村発行の非課税証明書を添付して下さい。 なお、4月から7月診療分については前年度についての証明書を、 8月から翌年3月診療分については当年度についての証明書を添付して下さい。						
	2.療養する方は、この申請を行う月以前1年間に合計90日を超えて入院されましたか？ ただし、被保険者の市区町村民税が非課税の期間の入院に限ります。						
	<input type="checkbox"/> はい ※ <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の方は、直近1年間の入院について記入のうえ、 入院期間を証明する書類(保険医療機関の領収証など)を添付してください。						
	この申請を行う月以前1年間の入院期間(日数)				入院した保険医療機関等		
	年 月 日 から				名称		
	年 月 日 まで	日間			所在地		
	年 月 日 から				名称		
	年 月 日 まで	日間			所在地		
	年 月 日 から				名称		
年 月 日 まで	日間			所在地			
年 月 日 から				名称			
年 月 日 まで	日間			所在地			