

| | | | | | | | | |
|------|-----|----|------|-----|------|-------|---|-------|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長補佐 | 担当者 | ※健保欄 | ※受付日 | | ※適用区分 |
| | | | | | | ※交付日 | | |
| | | | | | | ※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

本証は毎年7月31日が有効期限です。
8月1日以降分は、再度申請して下さい。

太枠内に記入捺印してください

| | | | | |
|------|----------------|--|----------|--------------|
| 被保険者 | 保険証記載の記号番号と事業所 | 1 - 2345 | 事業所(会社名) | ○ ○ ○ ○ ○ |
| | 申請者氏名と生年月日 | 健保 太郎 健保 | | 1967年 2月 21日 |
| | 日中の連絡先 | (会社) ・ 携帯 職場のTEL番号を記入 | | |

| | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|---|--|----|--|
| 療養する方について | 適用対象者 (療養する方) | 氏名 | 健保 綾子 | | 続柄 | 妻 |
| | | 生年月日 | 1967年 7月 10日 | | 性別 | 男・ 女 |
| | | 住所 | 〒123-0000 自宅の住所を記入 | | | |
| | 療養期間 | ○○年 7月 9日 ~ ○○年 9月 10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 checked="" 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 checked="" 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 2月 1日 から | 99 | 日間 | 名称 | ○○総合病院 |
| | ○○年 5月 10日 まで | | | 所在地 | 東京都○○区○○町1-1 |
| | 年 月 日 から | | | 名称 | |
| | 年 月 日 まで | | | 所在地 | |
| | 年 月 日 から | | | 名称 | |
| 年 月 日 まで | | | 所在地 | | |
| 年 月 日 から | | | 名称 | | |
| 年 月 日 まで | | | 所在地 | | |