| 届書コード | 決　議 | 年　月　日 | 常務理事 | 部 長 | 課 長 | 主 任 | 担当者 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ６２２ | 発 効 日 | 年　月　日 | | | | | |
| | 有効期限 | 年　月　日 | | | | | |

| 資格関係照合 | 取得 | 強制 | 年　月　日 | 喪失 | 強制 | 年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 任継 | 年　月　日 | | 任継 | 年　月　日 |

| 適用区分 | オ　・　Ⅰ　・　Ⅱ | 標準報酬月額 | 千円 | 交付番号 | |
|---|---|---|---|---|---|

※ 上記欄は記入しないでください。

# 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| 被保険者等の記号・番号 | ― | 事業所名称 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | 昭・平　年　月　日 | 性別 | 男・女 |
| 被保険者の住所 | 〒 | | | | |
| 療養を必要とする方の氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | 昭・平　年　月　日 | 性別 | 男・女 |
| | | 被保険者との続柄 | | | |
| 療養を必要とする方の住所 | 〒 | | | | |

◎ 療養を必要とする方が入院される場合は、以下についても記入してください。

| 入院する（されている）方は、長期入院されましたか？ | 1. はい　　2. いいえ |
|---|---|

※ 長期入院とは、申請を行なった月以前１年間にすでに９０日を越えて入院されていることです。
ただし、市区町村民税が課せられていない期間の入院期間に限ります。

◎ 「はい」の場合は、申請を行なった月以前１年間の入院期間を記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | 申請を行なった月以前１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで | 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　称 | |
| | | 所在地 | |
| ② | 申請を行なった月以前１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで | 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　称 | |
| | | 所在地 | |
| ③ | 申請を行なった月以前１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで | 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　称 | |
| | | 所在地 | |
| 備考欄 | | 入院日数合計 | 日間 |

| 市区町村長が証明する欄 | 当該被保険者は　　年度の市（区）町村民税が課せられていないことを証明する<br>令和　年　月　日　　市区町村長名　　㊞ |
|---|---|

大阪ニット健康保険組合理事長　殿

令和　年　月　日　　上記のとおり申請します。

○ こ申請書は、市区町村民税非課税等の低所得者が、入院される（入院されている）場合及び高額な外来診療を受けられる（受けている）場合に申請してください。高額な外来診療とは、同一医療機関等で1ヶ月の窓口の自己負担額が自己負担限度額（裏面参照）以上支払いされる（支払いされている）場合が対象となります。

○ 市区町村長発行の非課税証明書（4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年３月診療分については、当年度の課税に関する証明）を添付してください。
ただし、この申請書の証明欄に市区町村長の証明を受けている場合は、添付の必要はありません。

○ 長期入院による申請をする場合は、入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている保険医療機関等の領収書など）を添付してください。

○ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）