

【申請方法】

健康保険組合まで送付して下さい。

〒542-0072 大阪府大阪市中央区高津3-16-6

USEN-NEXT GROUP健康保険組合

発行年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
長期入院	該 当・非 該 当

※ 健保使用欄

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 情 報	被保険者証の	記号 123	番号 45678	生 年 月 日 昭和・平成 1 年 2 月 3 日
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 印		自著の場合は押印を省略できます。
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 都道 〇〇市〇〇町123-45 府県		
電話番号	TEL 0123 (45) 6789			

対 象 者	療養を受ける方（被保険者の場合は記入の必要はありません）	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	生 年 月 日 昭和・平成・令和 4 年 5 月 6 日
-------------	------------------------------	-------------------------	---------------------------------

希 望 送 付 先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。		
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 都道 〇〇市〇〇町678-90 〇〇ビル〇〇F 府県	
	電話番号	TEL 0987 (65) 4321	
宛名	株式会社 〇〇〇〇 〇〇支店		

代 行 者	被保険者以外の方が申請する場合にご記入・押印をしてください。		
	氏名・印	(フリガナ) 印	被保険者との関係 申請代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中の為 <input type="checkbox"/> その他 ()

長 期 入 院 に 該 当 す る 場 合 に 記 入	長期入院	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (長期入院とは申請日前1年間に90日を超える入院があった場合)			
	① 申請日の前1年間の入院期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (〇〇 日間)			
	入院した医療機関の	名称	〇〇病院	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町23-456
	② 申請日の前1年間の入院期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (〇〇 日間)			
	入院した医療機関の	名称	〇〇病院	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町23-456
	③ 申請日の前1年間の入院期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (〇〇 日間)			
入院した医療機関の	名称	〇〇病院	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町23-456	

市 区 証 明 欄	市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に（非）課税証明書の添付が必要です。 当該被保険者（氏名 ）は令和 年度の市区町村民税が課されないことを証明します。 市区町村長名 印
-----------------------	---