

これは通常の限度額適用認定申請書ではありません

低所得(住民税非課税等)に該当される方が、入院等で医療費が自己負担額を超えそうな場合にご使用ください

名古屋木材 健康保険組合 限度額適用・標準負担額減額 認定証交付申請書

被保険者証記号番号						
申請者 (世帯主)	住所	電話				
	氏名	生年月日	大・昭・平	年	月 日	
	個人番号					
限度額適用	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月 日	
減額対象者	個人番号				世帯主との続柄	
長期入院の有無	該当・非該当	入院日数	計	日	第三者行為の有無	
					有・無	
標準負担額減額を適用された入院期間	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日 から	
			年	月	日 まで	
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
	②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日 から	日間
			年	月	日 まで	
入院をした保険医療機関等	名称					
	所在地					
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日 から	日間	
		年	月	日 まで		
入院をした保険医療機関等	名称					
	所在地					

備考

- 所得証明書(非課税証明書)を添付してください。
- 長期入院については、食事療養標準負担額減額認定証の交付を受けている期間に入院している日数で、申請月を含め過去12か月以内のものを合計し、計91日以上になる場合に該当します。上記欄の記入に加え、入院の事実や期間が確認できる領収書等を添付してください。
- 保険者が、転入等による理由のため申請世帯の前年度の住民税課税状況をすぐに把握できない場合には、住民税賦課期日に住所があった自治体が発行する前年度の住民税課税状況及び所得が把握できる書類を添付してください。ただし、保険者が公簿等で把握できる場合はその限りではありません。
(住民税賦課期日とは、1～7月の申請にあっては前年の1月1日現在、8～12月の申請にあってはその年の1月1日現在をいいます。)

受付年月日



