

|                       |       |          |      |     |      |
|-----------------------|-------|----------|------|-----|------|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 同年月日  | 平成 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 給付担当 |
|                       | 交付年月日 | 平成 年 月 日 |      |     |      |
|                       | 有効期限  | 平成 年 月 日 |      |     |      |

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|                |  |          |             |          |                   |
|----------------|--|----------|-------------|----------|-------------------|
| 被保険者証<br>の記号番号 | 記号   |          | フリガナ        |          | 性別<br>男<br>・<br>女 |
|                | 番号   |          | 被保険者<br>氏 名 | 印        |                   |
| 資格取得年月日        | 昭和<br>平成   | 年 月 日    | 生年月日        | 昭和<br>平成 | 年 月 日             |
| 事業所            | 名称   |          | 所在地         |          |                   |
| 認定証交付対象者       | 氏名   |          | 生年月日        | 昭和<br>平成 | 年 月 日             |
|                | 被保険者<br>との続柄   |          | 性別          | 男        | ・ 女               |
|                | <input type="checkbox"/> 入院（予定）期間<br><input type="checkbox"/> 通院（予定）期間<br>チェックしてください | 平成 年 月 日 | ～           | 平成 年 月 日 |                   |
| 認定証送付先         | 住所   | 〒        | —           | 都道<br>府県 | Tel ( )           |

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| 長期入院   | 該 当 ・ 非 該 当                   |
| ① 申請日の前1年間の入院期間（日数）  | 平成 年 月 日 から 日間<br>平成 年 月 日 まで |
| ② 申請日の前1年間の入院期間（日数）  | 平成 年 月 日 から 日間<br>平成 年 月 日 まで |
| ③ 申請日の前1年間の入院期間（日数）  | 平成 年 月 日 から 日間<br>平成 年 月 日 まで |
| <p>上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>横河電機健康保険組合 理事長 殿</p> |                               |

※注意事項

- 被保険者が住民税非課税の場合の申請書です。  
必ず「住民税非課税証明書」の原本を添付してください。

〰〰〰 受付印付印 〰〰〰

【収集する個人情報について】

本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。