



| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| | | | |
| 月 日 | 月 日 | | 月 日 |

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| | | | | | |
|----------------|------|---|----|----------|-------|
| 被保険者証記号・番号 | | 記号 | 番号 | | |
| 被保険者 | 氏名 | | | 事業所 | 名称 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | 所在地 |
| 対象者 | 氏名 | | | 被保険者との続柄 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者(減額対象者)の住所 | | 〒 | | | |
| 適用対象年月 | | 年 月分から適用される認定証が必要です。 | | | |
| 認定証の送付先希望 | | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他 (〒) | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|-------------------|---|-------------|----|--|
| 長期入院 | 該当・非該当 | 長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限りです。 | | | |
| ここからは長期該当者として申請する者のみ記入してください | | | 入院日数合計(日間) | | |
| ① | 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 | | | |
| 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 | | | |

☆市区町村民税が非課税の方が対象です。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。
 4月～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が必要となります。
 ※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、申請書の余白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身分証などの添付書類が必要です。)

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。

年 月 日

西日本プラスチック工業健康保険組合理事長 殿

| | | |
|--------------------|---|---|
| (注) 市区町村長が証明する欄 | 当該被保険者には_____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 市区町村名 | ㊟ |
|--------------------|---|---|