常務	事務長			担当

健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定申請書

（　入院　・　外来　）　※該当するほうに〇印

下記の通り申請いたします。

申請日：　令和　　年　　月　　日

※申請日は限度額適用認定申請書と同一日を記入

被保険者	フリガナ		被保険者等 記号・番号 （または個人番号）	
	氏名			
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	所属部署	
	住所 連絡先	〒 ☎　　（　　）		
認定対象者	フリガナ		性別	被保険者との続柄
	氏名		男　・　女	
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
標準負担額減額の別	☐市区町村民税非課税世帯　☐標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない方			※いずれかに☑
長期入院	☐該当　☐非該当　※「長期入院」とは、申請日の前1年間で入院日数が合計90日を超える場合に該当			※いずれかに☑
ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入して下さい。			入院日数合計	日間
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日　から 令和　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	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日　から 令和　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	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで		日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地		

【注意事項】

①	この申請をされる方は、別紙「限度額適用認定申請書」もあわせて提出して下さい。
②	市区町村民税が非課税の方は、市区町村民税非課税証明書を添付して下さい。
③	標準負担額の減額を受けられることにより生活保護法の規定による要保護とならない方については「健康保険標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」(事業主、民生委員又は福祉事務所長の原本証明した写しでも可)を添付して下さい。
④	長期該当者として申請する方は、標準負担額に係る領収書（入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は、入院期間に係る保険医療機関等の証する書類）を添付して下さい。

受付日付印

マルハン健康保険組合

【健保使用欄】

区分	オ　・　Ⅰ　・　Ⅱ	発効年月日	令　和　　年　　月　　日	有効期限	令　和　　年　　月　　日