

健康保険組合記入欄

発効年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日
標準報酬月額	千円（第 級）
適用区分	低所得者 ・ 一般 ・ 上位

受付日付印

	常務理事	事務長	係
決裁			

*有効期限は発効日の属する月から最長1年以内の月まで

記入見本

健康保険限度額適用認定申請書
(70歳未満)

ファイザー健康保険組合宛

申請日：和暦 令和元 年 5 月 1 日

被保険者情報	氏名	健保 太郎		被保険者証の記号番号	200 - 1234567	
	性別	男・女	生年月日	和暦 昭和 50 年 1 月 23 日	保険証の内容をお書きください。	
	事業所名称	ファイザー株式会社				
	自宅住所	〒012-3456 ○○県○○市○○町1-2-3 フラテマンション456				
	連絡先	03-5309-9929				
適用対象者情報	該当される方の情報をお書きください。	健保 花子	被保険者との続柄	妻		
	性別	男・女	生年月日	和暦 昭和 55 年 1 月 23 日	*入院の場合 入院日 (予定)	和暦 令和元 年 5 月 10 日
認定証送付先	※ ご自宅宛、病院宛等、ご希望の送付先をご記入ください。					
	住所	〒				
	送り先の名称					

<注意事項>

- *申請書は、直接健康保険にお送りください。
- *受付けた月の初日からの適用となります。
- *会計ごとに保険証とともに窓口へご提示ください。
- *医療費について市区町村長による助成(乳児医療助成等)や国からの公費対象(特定疾患/小児慢性特定疾患等)による給付を受けている場合は、早急にその旨を健康保険までご連絡ください。
- *使用終了後は、有効期限にかかわらず、速やかに認定証を健康保険までご返却ください。

以降の欄は、被保険者の方が低所得者の場合のみ必要となる部分です

低所得者の方はその証明が必要になります。その証明は以下のもので行ってください。

- 1) 住民税が非課税である証明を(市区町村長から)受ける
- 2) 非課税証明書(原本)を添付する

なお、証明する年度は以下の通りです。

イ)療養する月が8月から翌3月の場合は当該年度 ロ)療養する月が4月から7月の場合は前年度

1)	当該被保険者には、和暦 () 年度の住民税が課せられないことを証明する。
市区町村長が証明する欄	和暦 年 月 日 市区町村長名

