明治グループ健康保険組合理事長　殿

【記入例】

健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定申請書

太枠線内は、すべて記入してください。

被保険者証の記号・番号		1234　－　123456	事業所名	(株)○○　△△支店
被保険者	氏名	明治　太郎　㊞	生年月日	昭和 平成　○年　○　月　○　日
認定対象者　※被保険者の場合は記入不要	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和　年		
療養予定期間		令和　○　年　○　月　～　令和　○　年　○　月		
被保険者住所		〒 123-1234		
		東京都○○区○○　1-2-3　TEL 090-1234-1234		
認定証送付先（注意①）※事業所経由の場合は記入不要	住所	〒		
	宛名	TEL		
＊（注意②）	申請代行者氏名	㊞	被保険者との関係	
	申請代行者の連絡先			
	申請代行の理由	1．被保険者本人が入院中で外出できないため。 2．その他　（		

認定証有効期間は、最長1年間です。（例：令和4年8月～令和5年7月）
※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。

事業所以外に送付する場合は、記入してください。

【被保険者が申請できない場合】
事業所担当者・被扶養者等が代行申請する場合は、　こちらにご記入及びご捺印ください。

上記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。　令和　○　年　○　月　○　日提出

市区町村長証明欄	市区町村民税が非課税の方は、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。 当該被保険者（氏名：　　）は令和（　　）年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 年　　月　　日 市区町村長名　　㊞

※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・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・番号の代わりに、マイナンバー（個人番号）を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。
但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元（実在）の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄	

【注意】
①認定証の発効日は当組合に申請のあった日（健保受付日）の属する月の初日（1日）となります。
②認定証は所属の事業所（任意継続被保険者の方は自宅）に送付します。但し、やむをえない事情により事業所以外への送付を希望される場合にご記入ください。**事業所経由の場合は記入不要です。**
③＊欄は被保険者以外の方が代行して申請する場合にご記入ください。
④申請は交付対象者毎に行ってください。
⑤怪我や損傷等の場合は、「健康保険負傷原因届」を添付してください。
⑥この申請書は2枚で構成されていますので、ご注意ください。

長期入院	①　該当　→　「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。 2.　非該当

※長期入院とは、申請を行った月以前1年間すでに90日を超えて入院されていることです。但し、市区町村民税が課税されていない期間の入院期間に限ります。

申請を行った以前1年間の入院日数合計	122日間

下記太枠内は、長期入院該当者として申請する場合のみ記入してください。

①	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和　○年　5　月　1　日から　令和　○年　6　月　30　日	61日間
	入院した保険医療機関等	名称	○○病院	
		所在地	東京都○○区○○　3-4-5	
②	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和　○年　8　月　1　日から　令和　○年　9　月　30　日	61日間
	入院した保険医療機関等	名称	△△総合病院	
		所在地	東京都○○区○○　4-5-6	
③	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和　年　月　日から　令和　年　月　日	日間
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
④	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和　年　月　日から　令和　年　月　日	日間
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
⑤	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和　年　月　日から　令和　年　月　日	日間
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		

健保決裁欄				
常務理事	事務長	課長	係長	係

健保受付印

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者

（給付様式10-2号）04.01