

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日
月額	千円	区分		

常務理事	事務長	課長	課長	係長	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 (高額療養費現物給付用)

被保険者等 記号・番号		記号		番号		記号番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください。 — —	
被保険者	氏名		印	事業所	名称		
	生年月日	年	月	日	所在地		
	住所	〒 — — — — — — — — — — 電話: ()					
認定対象者 (療養を受ける者)	氏名			被保険者との続柄			
	生年月日	年	月	日	性別	男・女	
	療養期間	令和	年	月	日	～	令和 年 月 日 <small>※原則受付した月の1日から次の7月末日までとなります</small>
	療養を受ける方は、長期入院しましたか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		⇒「はい」と回答した場合、下の「長期該当者記載欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間を記載してください。
		<small>※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ます。</small>					

長期 該当 者 記 載 欄	①	申請月の以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 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	申請月の以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 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	申請月の以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
		入院をした保険医療機関等	名称			
	所在地					
	④	申請月の以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
入院をした保険医療機関等		名称				
	所在地					
⑤	申請月の以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
	入院をした保険医療機関等	名称				
所在地						
入院日数合計 (日間)						

東京都金属プレス工業健康保険組合

上記のとおり、高額療養費現物給付扱い(保険医療機関の窓口支払額を自己負担限度額までの扱い)のために、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。

令和 年 月 日

【添付書類】

受付日付印

- (1) 被保険者が市区町村民税非課税となっているものであって、
ア、診療月が1月～7月の場合「診療月の前年 1月1日時点」の住民票住所の市区町村民税非課税証明書
イ、診療月が8月～12月の場合「診療月の当年 1月1日時点」の住民票住所の市区町村民税非課税証明書
- (2) 標準負担額の減額をう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者については、
「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等
- (3) 長期該当者として申請する者は、(1)又は(2)の書類に加え、入院期間を確認できる書類等