

発送元	常務理事	部長	課長	係長	係	公印使用
事	労					

千葉県医業健康保険組合 宛

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証 滅失・き損 再交付 申請書

（市区町村民税非課税などの低所得者用）

被保険者欄	被保険者証	記号	番号
	氏名	フリガナ	生年月日 □昭和 □平成 年 月 日
	住所	〒 ー 都・道 府・県 TEL ()	
お勤め先	名称		
	住所	〒 ー 都・道 府・県	

認定対象者欄	認定対象者が被保険者ご本人の場合は、「続柄」の欄に「本人」と記入いただければ認定対象者の他の欄は省略できます		
	療養を受ける方	氏名	続柄 生年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日
	住所	〒 ー 都・道 府・県	
療養する方は、長期入院されましたか？ ※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に限ります。		□はい □いいえ	⇒「はい」と答えた場合、裏面「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。

再交付の理由	再交付の理由を○で囲ってください。その他の場合は理由を()内に記入してください。
	滅失
	き損
その他()	

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。 令和 年 月 日

／ 受付印 ＼

社会保険労務士による記入欄

被保険者への申請内容確認済チェック欄	<input type="checkbox"/>
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間					
	① 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日まで 日間
	入院した 保険医療機関等	名 称					
		所在地					
	② 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日まで 日間
	入院した 保険医療機関等	名 称					
		所在地					
	③ 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日まで 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)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日まで 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)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日まで 日間	
入院した 保険医療機関等	名 称						
	所在地						

【添付書類をご用意ください】

住民税非課税の方	○被保険者の住民税の(非)課税証明書(原本) ※申請書の証明欄に記載を受けた場合は不要
被保険者および被扶養者すべてが、 収入から必要経費・控除額を 引いた後の所得がない方	○被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類 (所得証明書・原本)

※4月から7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要となります。
(例)・令和3年8月診療分～令和4年7月診療分:令和3年度(令和2年中収入)の証明書
・令和4年8月診療分～令和5年7月診療分:令和4年度(令和3年中収入)の証明書

「限度額適用・標準負担額減額認定」の 低所得者の適用を受けることにより 生活保護を必要としなくなる方	○「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された 「保護却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」または これらの写に事業主、民生委員または福祉事務所長が原本 証明したもの
長期入院(申請月以前の1年間で90日 を超えて入院)される方	○入院期間を証明する書類 (入院期間が記載されている領収書の写しなど)