

【対象外となる方】

- ・70歳未満・・・標準報酬月額53万円以上の方
- ・70歳以上・・・高齢受給者証の負担割合3割の方

※ 健 保 記 入 欄		
常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(被保険者が非課税の場合に限る)

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

※特例退職・任意継続の方は
事業所欄の記入不要

被保険者証	記号 (4桁)	1010	番号	101234		
被保険者	氏名	健保 一郎		事業所 名称	本田技研工業(株)	
	生年月日	昭和 47年 12月 22日		所在地	東京都港区南青山2-1-1	
	住民票 登録住所	〒123-4567 東京都〇〇区△△町1-2		TEL	03 - 1234 - 5678	
療養を 受ける方	氏名	健保 一郎		被保険者との続柄	本人	
	生年月日	昭和 47年 12月 22日		性別	男	
	有効期間	申請書健保到着月の1日 ~ 平成 30年 7月末日		最初に迎える7月末日が最大期限です		
	※有効開始月の遡りが必要な場合は、医療機関への照会が必要ですので下記を記入してください					
	開始 年月	平成 29年 9月	医療 機関	名称	◇◇病院	
				TEL	03 - 1122 - 3344	
傷病の原因は第三者の行為(交通事故・けんか等)によるものですか?				いいえ	「はい」の場合は事前にホンダ健保へご連絡ください	
長期入院(90日を越える入院)			不該当			
下欄は長期該当者として申請する方のみ記入してください				入院日数合計(日間)		
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 令和	年 月 日 ~	平成 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					
※過去の入院期間記入欄が足りない場合は、別紙にて記入、添付ください。(様式書式は問いません)						
申請代行者	氏名			被保険者との関係		
	連絡先	TEL - -				
申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中のため					
認定証送付先住所	〒 - TEL - -					
※被保険者住所と同じ場合は未記入で可。 入院先など被保険者と異なる住所への送付を希望する場合のみ記入してください						

*事業所へお勤めの方は、勤務先総務部門経由で交付します。

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額・標準負担額認定証の交付を申請します。

市区町村が証明する欄	上記被保険者には平成28年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する 平成 29年 10月 4日
市区町村長名	〇〇市長 ××××

提出日 平成 29年 10月 6日

【健康保険組合処理欄】

標準報酬月額	千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現I
有効期限	平成 年 月 1日 ~ 平成 年 月 日

ア: 83万円以上
イ: 53万円~79万円
ウ: 28万円~50万円
エ: 26万円以下
オ: 低所得者(住民税非課税者)
現I: 28万円~50万円

受付日付印

ホンダ健康保険組合

R3.4改定