

【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

記入例

※ 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

※記号・番号は「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」にてご確認ください

健康保険の	記号 (4桁)	1010	番号	101234
被保険者	氏名	健保 一郎	生年月日	昭和 47 年 12 月 22 日
	住民票 登録住所	〒 〇〇〇-×××× TEL △△ - 〇〇〇〇 - ×××× 東京都〇〇区△△町△△		
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 ~ 令和 5 年 7 月末日 最初に迎える7月末日までが最大期限です		
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?(相手不明も含む) または単独事故ですか?		いいえ	「はい」の場合は事前にホンダ健保第三者行為相談室へ ご連絡ください Tel:0120-732-255(平日9時~18時)	
長期入院(90日を越える入院)		該当・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)	令和 年 月 日 ~ 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 2. その他( )			
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	上記被保険者には令和 年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する 令和 年 月 日 市区町村長名 _____ 印
------------	--

提出日 令和 年 月 日

【健康保険組合処理欄】

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

ホンダ健康保険組合