

ルネサス健保使用欄

交付NO.		決裁	常務理事	事務長	主任	担当
交付日	令和 年 月 日	資格取得日	平成 令和 年 月 日			
		資格喪失日	平成 令和 年 月 日			
		扶養認定日	平成 令和 年 月 日			

ルネサス健康保険組合 業務係御中

健康保険 被保険者 被扶養者 限度額適用・標準負担額減額申請書

提出日	令和 年 月 日
-----	----------

基本情報

枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号(右詰め)				被保険者氏名	ワカナ	生年月日	昭和 平成 年 月 日
記号		番号					
事業所名				連絡先			
社名		従業員番号		内線TEL		日中の連絡先電話番号	

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	ワカナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
対象者の住所	〒 TEL:			
入(通)院期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間			
減額申請の理由 (右記理由以外は申請できません)	1.市区町村非課税世帯 2.標準負担額の減額により生活保護法の要保護者とならない方			
長期入院 (減額対象者で直近1年間の入院日数が90日を越えた場合)	1.該当 2.非該当			
以下の欄は長期入院の場合のみ記入				
申請日1年間の入院期間(日数)	平成 令和 年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間			
入院した医療機関	名称			
	所在地	〒		
	TEL			
申請日1年間の入院期間(日数)	平成 令和 年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間			
入院した医療機関	名称			
	所在地	〒		
	TEL			
申請日1年間の入院期間(日数)	平成 令和 年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間			
入院した医療機関	名称			
	所在地	〒		
	TEL			

< 添付書類 >

- 1.市町村世帯:世帯全員の非課税証明書
- 2.標準負担額の減額により生活保護法の要保護者とならない方:福祉事務所長発行の「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」
- 3.長期入院該当となる場合:標準負担額にかかる領収証原本

< 書類の送付先 >

ルネサス健康保険組合 郵送:[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

社内便:[(む)ルネサス / #H1S2 / 健保]

健保証発行	健保インプット

健保受付日付印