

<注意>

この申請は、市町村税が世帯全員が非課税世帯の場合と、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」を受け取った方のいずれかで、高額医療費の限度額適用認定を受ける場合の申請書です。

ルネサス健康保険組合

健保使用欄です。記入しないでください。

年 月 日

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

記入例

提出日 令和 年 月 日

保険証を確認の上、正確にご記入ください。

基本情報

※ 枝番の記入は不要です。

被保険者証の記号・番号(右詰め)										フリガナ レイウ タロウ		生年 年月日		昭和 平成			
記号	1	0	0	番号		2	3	4	5	6	7	被保険者 氏名		令和 太郎		4 年 1 月 1 日	
事業所名(任継・特退の場合は記入不要)										連絡先							
社名					従業員番号					内線TEL		日中の連絡先電話番号					
ルネサスエレクトロニクス(株)					0123-45678					011-1234		03-1234-5678					

被保険者本人が入院又は通院の場合は、氏名欄は被保険者名、続柄欄に本人とご記入ください。

申請内容

入院又は通院 する方の氏名	フリガナ レイウ ハナコ 令和 花子	続柄	妻	生年 年月日	昭和 平成 令和	5 年 5 月 1 日
対象者の住所	〒100-0000 東京都 市 町1-1-1 TEL: 00-111-2222					
入(通)院期間	令和 2 年 1 月 1 日 ~ 2 年 1 月 22 日まで 22 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