

記入例

決裁欄	常務理事
-----	------

健康保険組合	登録チェック	登録	審査	受付

健康保険組合 限度額適用・標準負担額減額申請書
(被保険者が住民税非課税の場合に限る)

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

被保険者(申請者)記入欄	① 保険証の番号		② 被保険者氏名	③ 住所		
	記号	番号	フリガナ:	〒380-0000 長野県長野市1-1-1 〇〇マンション101号		
	1 0 0 0	1 2 3 4 5 6 7	標準 一郎 印	電話:(026) 000 - 0000 ※日中連絡の取れる電話番号を記入		
	④ 交付対象者氏名 (本証を使用する者の氏名)		フリガナ:	⑤ 被保険者との続柄	〇1 本人 11:夫 12:妻 51:父 52:母 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女	
	交付対象者生年月日		昭和 36年12月6日 平成		その他()	
	⑥ 限度額・標準負担額減額認定証の送付先		① 上記住所と同じ			
	※右記、該当の番号に○を付けてください。 「2.その他」の場合は、必ず住所を記入のこと。 ※病院を送付先とする場合は、必ず病室番号も記載のこと。		2. その他(以下に住所を記入) 〒 -			
	⑦ 長期入院		1 該当 2 非該当	⑧ 標準負担額の減額の別	① 市区町村民税非課税者 2 標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者	
	⑨ 長期入院該当者として申請する者のみ記入して下さい		入院日数合計	日間		
	(1)	申請日の前1年間の入院期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日間		
入院した病院		名称	所在地			
申請日の前1年間の入院期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日間			
(2)	入院した病院	名称	所在地			
	申請日の前1年間の入院期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日間			
(3)	入院した病院	名称	所在地			
	申請日の前1年間の入院期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日間			

- ① 保険証上部に記載されている記号の横の「番号」を記入する。
(保険者番号06138705)ではありません。
- ② 被保険者もしくは任意継続被保険者の氏名を記入する。
- ③ 住所と電話番号を記入する。
※日中連絡の取れる電話番号を記入する。
(携帯電話番号でも可能)
- ④ 入院又は通院する者の氏名を記入する。
- ⑤ 交付対象者の続柄(被保険者との続柄)を○で囲む。
該当がない場合、その他()内に続柄を記入する。
- ⑥ 本証書を受け取る住所について、③の住所と異なる送付先を希望する場合は、2.「その他」を選択し、受取可能となる住所(病院の住所等)を記入する。
- ⑦~⑧ 該当する番号を○で囲む。
- ⑨ 長期該当の者が、期間、日数及び入院した病院等の名称、所在地を記入する。
- ⑩ 市区町村長の証明を受ける。
※市区町村民税非課税証明書を添付いただく場合は⑩の欄は記入不要です。
(市区町村より入手する際、直近のものをご依頼ください)

※被保険者氏名欄の押印は、被保険者本人が自署した場合は不要です。

市区町村長証明欄	⑩ 当該被保険者には平成24年度の市区町村民税が課されていないことを証明する。
	平成24年 6月 20日 市区町村長 長野市長 長野 太郎 印

添付書類	〈申請書に証明を受けることができなかったとき〉	<input type="checkbox"/> 市区町村民税非課税証明書
	〈標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者〉	<input type="checkbox"/> 「健康保険標準負担額認定」と記載された「保護申請却下通知書」
	〈長期該当者として申請する者〉	<input type="checkbox"/> 標準負担額に係る領収書
	〈入院期間中に標準負担額を伴わない期間がある場合〉	<input type="checkbox"/> 入院期間に係る病院の証明書

この申請書は、直接エヌ・ティ・ティ健康保険組合へ送付してください。
【送付先】 〒101-0047 東京都千代田区内神田3-6-2 アーバンネット神田ビル
エヌ・ティ・ティ健康保険組合 資格担当 (TEL:03-6206-4517)

健康保険組合 処理欄	審査投入責任者	審査投入担当者	チェックポイント
			<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者)記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 添付書類の漏れはないか <input type="checkbox"/> 標準負担額認定証を作成し交付したか

- ※ 有効期限は直近の7月末までとなります。
- ※ 認定証の発行日は、原則この申請書が健康保険組合に到着した月の初日となります。
- ※ 長期入院(申請日以前の1年間で90日を越えて入院)される方は、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など)を添付してください。 (平成29年11月)

[様式:資第33号]

決	常務理事
裁	
欄	

処 理 欄	登録チェック	登録	審査	受付

健康保険組合 限度額適用・標準負担額減額申請書
(被保険者が住民税非課税の場合に限る)

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 (申 請 者) 記 入 欄	保険証の番号		被保険者氏名	住 所	
	記 号	番 号		〒 ー	
	1 0 0 0		フリガナ: ⑩	電話:() ー ※日中連絡の取れる電話番号を記入	
	交 付 対 象 者 氏 名 (本証を使用する者の氏名)	フリガナ:	被保険者 との続柄	01:本人 11:夫 12:妻 51:父 52:母 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 その他()	
	交 付 対 象 者 生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成			
	限度額・標準負担額減額認定証の送付先	1. 上記住所と同じ 2. その他(以下に住所を記入) 〒 ー			
	※右記、該当の番号に○を付けてください。 「2.その他」の場合は、必ず住所を記入のこと。 ※病院を送付先とする場合は、必ず病室番号も記載のこと。				
	長 期 入 院	1 該当 2 非該当	標準負担額 の減額の別	1 市区町村民税非課税者 2 標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者	
	長期入院該当者として申請する者のみ記入して下さい			入院日数合計	日間
	(1)	申請日の前1年間の入院期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日間	
	入院した病院	名称 所在地			
(2)	申請日の前1年間の入院期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日間		
	入院した病院	名称 所在地			
(3)	申請日の前1年間の入院期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日間		
	入院した病院	名称 所在地			

※被保険者氏名欄の押印は、被保険者本人が自署した場合は不要です。

市 区 町 村 長 証 明 欄	当該被保険者には平成 年度の市区町村民税が課されていないことを証明する。	
	平成 年 月 日	市区町村長 ⑩

書 添 付 類 付	〈申請書に証明を受けることができなかったとき〉	<input type="checkbox"/> 市区町村民税非課税証明書
	〈標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者〉	<input type="checkbox"/> 「健康保険標準負担額認定」と記載された「保護申請却下通知書」
	〈長期該当者として申請する者〉	<input type="checkbox"/> 標準負担額に係る領収書
	〈入院期間中に標準負担額を伴わない期間がある場合〉	<input type="checkbox"/> 入院期間に係る病院の証明書

この申請書は、直接エヌ・ティ・ティ健康保険組合へ送付してください。
【送付先】 〒101-0047 東京都千代田区内神田3-6-2 アーバンネット神田ビル
エヌ・ティ・ティ健康保険組合 資格担当 (TEL:03-6206-4517)

健 康 保 険 組 合 処 理 欄	審査投入責任者	審査投入担当者	チェックポイント
			<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者)記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 添付書類の漏れはないか <input type="checkbox"/> 標準負担額認定証を作成し交付したか

- ※ 有効期限は直近の7月末までとなります。
- ※ 認定証の発行日は、原則この申請書が健康保険組合に到着した月の初日となります。
- ※ 長期入院(申請日以前の1年間で90日を越えて入院)される方は、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など)を添付してください。 (平成29年11月)