

常務理事	事務長		担当者

ライク健康保険組合 御中

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者本人が住民税課税の場合は
「健康保険限度額適用認定申請書」
をご記入ください

○使用予定期間の1ヵ月前を目安にご提出ください

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証 記号-番号					
	被 保 険 者 (本 人)	氏名			電話番号 (日中の連絡先)	
		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男・女
		住所	〒 _____			
	使 用 す る 人	氏名			被保険者 との続柄	
		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男・女
	使用開始予定月		古い認定証をお持ちの場合は必ず返却をお願いします 令和 _____ 年 _____ 月から使用開始			
	使用することとなった原因		<input type="checkbox"/> ケガ以外が原因 (傷病名 : _____) <input type="checkbox"/> ケガが原因 <input type="checkbox"/> 出産			
	ケガが原因の場合 にご記入ください		いつ	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (曜日)		
			どこで	<input type="checkbox"/> 通勤途中・会社内 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
何をしていた						
どのようなケガをした						
使用する人は申請月の前1年間に 90日以上入院していますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
↓ はい の方のみ下記をご記入ください						
申請日の前1年間の入院期間		日数	入院をした保険医療機関等			
			名称	所在地		
①	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで					
②	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで					
③	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで					

注意事項

- ◎ 認定証の発効日は、原則、申請書受付月(組合到着月)の1日からとなります
- ◎ 被保険者(本人)の住民税非課税証明書(原本)を添付してください (市町村窓口にて申請)
前年8月診療分から当年7月診療分 → 前年度の非課税証明書
当年8月診療分～翌年7月診療分 → 当年度の非課税証明書
- ◎ 高額な医療費を支払済の方は、認定証の申請は不要ですので、高額療養費を申請してください
- ◎ 在籍中の方の認定証は、事業会社より送付されます
やむを得ずライク健保からの直送を希望される場合は、事業会社に事前連絡のうえ、返信用封筒(郵便番号・住所・氏名・切手を貼付したもの)を同封してください
- ◎ 負傷の際に相手がいる場合(交通事故・けんか等)は、「第三者の行為による傷病届」の添付が必要です

記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

市区町村長 が証明する 欄	当該被保険者には _____ 年度の市区町村民税が課税されていないことを証明する。 市区町村長名 _____ ㊟
---------------------	---

受付日付印

健保 記入欄	事・宅・他	確 認 印
-----------	-------	-------------

市区町村窓口で上記の証明を受けた場合は、
非課税証明書の添付は不要です。