

保険証廃止に伴い、以下に当てはまる方に限り申請いただけます。
Due to the abolition of health insurance cards, applications are limited to those who meet the following conditions.

- ◆医療機関がマイナンバーカードに対応していない場合
- ◆マイナ保険の利用登録が済んでない場合
- ◆If the medical care institution does not support My Number Cards

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書

Application Form for Issue of Health Insurance Certificate of Application of Maximum Copayment Amount and Standard Copayment Reduction of Maximum Copayment

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。*If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field.

被 保 険 者 情 報 Person Information	被保険者等の Insured Person's	記号 Symbol	番号 Number	生年月日 Birth Date	年	月	日 (YYYY / MM / DD)
	氏名 Name						
	住 所 Address	〒 —					

療養を受ける方の Person Receiving Medical Treatment	※対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません。*No need to fill in if the eligible person is an insured person.						
	氏名 Name			生年月日 Birth Date	年	月	日 (YYYY / MM / DD)

If not specified, a certificate valid for one year from the 1st day of the application month will be issued.

療養予定期間 Planned Treatment Period	年 月 ~ 年 月	記載が無い場合、原則受付した月の 1日から1年間有効の証を交付します
被保険者の方が市区町村民税非課税の場合療養する方は、長期入院されましたか。 If the insured person is exempt from municipal tax, has the person receiving treatment been hospitalized long-term? ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を越えて入院されていることです。 ただし、市区町村民税が課税されていない期間の入院期間に限りです。 * Long-term hospitalization means hospitalization exceeding 90 days during the one-year period prior to the month of application. However, this only applies to hospitalization periods during which municipal tax was not levied.		はい ・ いいえ Yes No ※「はい」の方は2ページ目をご記入ください。 *Those who answered "Yes" should complete Page 2.
対象の方は市区町村等による医療費助成の対象となっていて 病院窓口負担の全額又は一部について助成を受けていますか。 Is the person eligible for medical expense subsidies from the municipality, etc., and receiving full or partial subsidies for medical expenses at the reception desk of the hospital?		はい ・ いいえ Yes No
限度額適用認定証の交付を希望される傷病について、該当の項目に ○をつけてください。 ※「2.」及び「3.」に該当される方は、以下に負傷原因をご記入ください。 Please circle the applicable item regarding the condition for which you are requesting the Certificate of Application of Maximum Copayment. *If you fall under 2. or 3., please fill in the cause of injury below.		1. 病気によるもの Illness 2. 外傷性のケガによるもの Traumatic injury 3. 事故等第三者行為によるもの Third-party action, such as an accident 4. 妊娠、出産によるもの Pregnancy or childbirth
負傷原因について Cause of Injury		

送 付 希 望 先 Preferred Mailing Address	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。 Please fill in if you wish delivery to an address different from the one filled in the information about insured person above.	
	住 所 Address	〒 — TEL ()
	宛 名 Addressee	

被保険者が当年度(この書類を提出するのが4月～7月の場合は前年度)の市区町村民税が非課税の場合は『市町村民税非課税証明書(原本)』の添付、または以下に市区町村長より証明を受け申請してください。

If the insured person is exempt from municipal tax for the current fiscal year (or previous fiscal year if submitting this document between April and July), please attach the original copy of the Municipal Tax Exemption Certificate or have the municipality head indicate certification in the section below when applying.

市 区 町 村 長 証 明 欄 Certification from Head of Municipality	市区町民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、 別に(非)課税証明書の添付が必要です。 Those exempt from municipal tax must either have the municipality head indicate certification in the section below or attach a separate Tax Exemption Certificate.
	当該被保険者(氏名)は、令和()年度の 市区町村民税が課税されないことを証明する。 This certifies that the insured person (Name:) is exempt from municipal tax for fiscal () (YYYY).
	市区町村長名 Name of Municipality Head

受付印

Important Notes

〔注意事項〕

- If you wish to apply using your My Number instead of your insurance card Symbol and Number, please consult with the FR Health Insurance Organization.
- If you have not returned a Certificate of Application of Maximum Copayment Amount previously issued from the FR Health Insurance Organization, please return it along with this application.
- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は 健保組合までご相談ください。
- 過去にFR健康保険組合で発行された認定証が未返却の場合は、あわせてご返却ください。

被保険者が非課税であり
入院期間が90日以上
場合にのみご提出ください

Please submit only if the insured person is tax-exempt
and the hospitalization period is 90 days or more.

食事療養標準負担額減額認定申請書

Application for Reduction of Inpatient Meal Standard Expenses

被保険者の Insured Person's	記号 Symbol	番号 Number	認定証が 必要な方の氏名 Name of person requiring certificate	
長期入院欄 Long-term Hospitalization	申請を行った月以前1年間の入院日数合計 _____ 日間 Total number of hospitalization days in the one-year period prior to the month of application _____ days		※入院期間の確認できる書類（入院期間の記載された領収書の写し等）の添付が必要です。 *Documents verifying the hospitalization period (such as copies of receipts showing hospitalization period) must be attached.	
	①	申請前1年間の入院期間（日数） Hospitalization period in the one-year period prior to application (number of days)	年 月 日から 日間 年 月 日まで days / / (YYYY / MM / DD) to / / (YYYY / MM / DD)	
		入院をした保険医療機関等 Insurance medical care facility, etc., where hospitalized	名称 Name	
			所在地 Location	
	②	申請前1年間の入院期間（日数） Hospitalization period in the one-year period prior to application (number of days)	年 月 日から 日間 年 月 日まで days / / (YYYY / MM / DD) to / / (YYYY / MM / DD)	
		入院をした保険医療機関等 Insurance medical care facility, etc., where hospitalized	名称 Name	
			所在地 Location	
	③	申請前1年間の入院期間（日数） Hospitalization period in the one-year period prior to application (number of days)	年 月 日から 日間 年 月 日まで days / / (YYYY / MM / DD) to / / (YYYY / MM / DD)	
		入院をした保険医療機関等 Insurance medical care facility, etc., where hospitalized	名称 Name	
			所在地 Location	
④	申請前1年間の入院期間（日数） Hospitalization period in the one-year period prior to application (number of days)	年 月 日から 日間 年 月 日まで days / / (YYYY / MM / DD) to / / (YYYY / MM / DD)		
	入院をした保険医療機関等 Insurance medical care facility, etc., where hospitalized	名称 Name		
		所在地 Location		
⑤	申請前1年間の入院期間（日数） Hospitalization period in the one-year period prior to application (number of days)	年 月 日から 日間 年 月 日まで days / / (YYYY / MM / DD) to / / (YYYY / MM / DD)		
	入院をした保険医療機関等 Insurance medical care facility, etc., where hospitalized	名称 Name		
		所在地 Location		

※ 長期入院に該当している場合は、入院期間を証明するもの（入院期間が記載されている領収書のコピー等）を添付のうえ申請ください。

* If applicable for long-term hospitalization, please attach documentation proving the hospitalization period (such as copies of receipts showing the hospitalization period) with your application.