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

被保険者情報	被保険者等	記号 ※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。	番号	生年月日	年　月　日
	氏　名				
	住　所	〒　－		TEL　（　）	

療養を受ける方の	※対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません。			
	氏名		生年月日	年　月　日

療養予定期間	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。 ※ 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ます。	はい　・　いいえ ※「はい」の方は2ページ目をご記入ください。	
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。	はい　・　いいえ	
限度額適用認定証の交付を希望される傷病について、該当の項目に〇をつけてください。 ※ 「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。	1. 病気によるもの 2. 外傷性のケガによるもの 3. 事故等第三者行為によるもの 4. 妊娠、出産によるもの	
負傷原因について		

送付希望先	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。	
	住　所	〒　－　TEL　（　）
	宛　名	

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。

市区町村長証明欄	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。
	当該被保険者（氏名　　）は、平成・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。 市区町村長名　　㊞

受付印

〔注1〕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。

〔注2〕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。

〔注3〕マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、限度額適用認定証情報の提供に同意することで、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

被保険者が非課税であり
入院期間が90日以上の
場合にのみご提出ください

食事療養標準負担額減額認定申請書

被保険者等の	記号	番号	認定証が必要な方の氏名	

長期入院欄	申請を行った月以前1年間の入院日数合計 ＿＿＿ 日間 ※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。			
	❶	申請前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
		入院をした保険医療機関等	名称	
			所在地	
	❷	申請前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
		入院をした保険医療機関等	名称	
			所在地	
	❸	申請前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
		入院をした保険医療機関等	名称	
			所在地	
	❹	申請前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
		入院をした保険医療機関等	名称	
			所在地	
	❺	申請前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
		入院をした保険医療機関等	名称	
			所在地	

※ 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。