

常務理事	事務長	部長	次長	補佐	係長	主任	担当

## 健康保険 限度額適用・標準負担減額認定申請書

被保険者が記入する欄	被保険者		被保険者証の記号番号	—		氏名	(印)	
			生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男・女	
	減額対象者		氏名			被保険者との続柄		
			生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男・女	
	被保険者（減額対象者）の現住所と、日中ご連絡可能な電話番号		〒 —		電話 ( )			
	減額対象者は申請日の前1年間で合計90日以上入院していますか					はい・いいえ		
	以下の欄は、『はい』の方のみ記入してください。					入院日数合計 日間		
	申請日の前1年間の入院期間			日数	入院した保険医療機関等			
					名称		所在地	
	①	平成 年 月 日から	日間					
平成 年 月 日まで								
②		平成 年 月 日から	日間					
	平成 年 月 日まで							
③	平成 年 月 日から	日間						
	平成 年 月 日まで							

注意事項	<p>◎被保険者が課税されている場合は、申請用紙が異なりますのでご注意ください。</p> <p>◎被保険者の住民税非課税証明書の原本を添付してください。（市区町村窓口にて申請）</p> <p>前年8月診療分～当年7月診療分 ⇒ 前年度の非課税証明書</p> <p>当年8月診療分～翌年7月診療分 ⇒ 当年度の非課税証明書</p> <p>（以下の欄に市区町村長の証明を受けた場合、添付の必要はありません。）</p> <p>◎入院期間が90日以上の方は、医療機関等の入院分の領収書の写しを添付してください。</p> <p>◎有効期限は、原則として最初に迎える7月31日までとなります。</p>
------	--

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担減額認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日提出  
受付日付印

市区町村長が証明する欄	<p>当該被保険者には、平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>市区町村長名 (印)</p>
-------------	--