

常務理事	事務長	部長	次長	課長	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		
			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 令和	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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間					
②	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間						
③	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間						

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。

令和 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、令和 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: right;">令和 年 月 日</p> <p>市区町村長名 <span style="float: right;">⑩</span></p>
-----------------	---

