

## 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 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号番号		—		事業 所	名 称				
	被 保 険 者	氏 名	Ⓜ			所 在 地				
		生年月日	年 月 日							
	対 象 者	氏 名				被 保 険 者 と の 続 柄				
		生年月日	年 月 日			性 別		男 ・ 女		
	被保険者(減額対象者)の住所									
	長期入院		該当・非該当							
	ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入してください						入院日数合計 ( 日間)			
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間			
		入院をした保険医療機関等			名 称					
	所在地									
	②	申請日の前1年間の入院期間(日数)			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間			
		入院をした保険医療機関等			名 称					
	所在地									
	③	申請日の前1年間の入院期間(日数)			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間			
入院をした保険医療機関等			名 称							
			所在地							
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間				
	入院をした保険医療機関等			名 称						
所在地										
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間				
	入院をした保険医療機関等			名 称						
所在地										

上記の通り関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

*注 市区町村長が証明する欄
当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
市区町村長名 <span style="float: right;">Ⓜ</span>

健康保険組合が決裁する欄			
担 当	課 長	事務長	常務理事

**記入上の注意等**

1. 市町村民税が非課税となっている者は、市町村民税非課税証明書を添付してください。  
なお前面の\*注 の欄に証明を受けた場合は、その添付の必要はありません。
2. 標準負担額の減額を受けられることにより、生活保護法の規定による要保護とならない者については「健康保険標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」(事業主、民生委員又は福祉事務所長の原本証明した写しでも可)を添付してください。
3. 長期該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収証(入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は入院期間に係る保険医療期間等の証する書類)を添付してください。

健康 保 険 組 合 が 記 入 す る 欄	交 付 年 月 日	平成    年    月    日	発 行 年 月 日	平成    年    月    日
	規則 45 条の 3 各号に 該当した年月日	平成    年    月    日	90日を越えた日	平成    年    月    日
	長期該当年月日	平成    年    月    日	有 効 年 月 日	平成    年    月    日
	却 下 年 月 日	平成    年    月    日	発 行 番 号	号
	低 所 得 取 扱 期 間	平成            年            月    ～ 平成            年            月迄の 1 年間		
	備考欄	受 付 印		