

| | | | | |
|------|-----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 主任 | 係 |
| | | | | |

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| | | | | | |
|--------------------------------|-------------------|--|-------------|----|--|
| 被保険者証記号番号 | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 減額対象者 | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 被保険者(減額対象者)の住所 | | | | | |
| 標準負担額の減額の別 | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村住民税非課税者 ・ 食事療養標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者 | | | |
| 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) | | |
| 被保険者が記入するところ | ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から | 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) | 令和 年 月 日から | 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) | 令和 年 月 日から | 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) | 令和 年 月 日から | 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) | 令和 年 月 日から | 日間 | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | |
| | | 所在地 | | | |

上記のとお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。

2022.6

| | |
|--------------------------|--|
| 確認欄 | 下記を確認の上、左に☑をご記入ください。 |
| <input type="checkbox"/> | <p>この届出については、①または②の要件を満たしたものである。</p> <p>①申請者本人(被保険者)が作成したものである。</p> <p>②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。</p> |

| | |
|----------------|--|
| | 申請年月日 令和 年 月 日 |
| (注)市区町村長が証明する欄 | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">市区町村名 ㊟</p> |

※ 平成29年11月13日よりマイナンバー制度情報連携の本格運用が開始されましたが、非課税証明は従来通り ①市町村が交付する非課税証明を添付する ②上記「市区町村長が証明する欄」に証明をもらう、のどちらかをお願いします。