

常務理事	事務長	課長	係

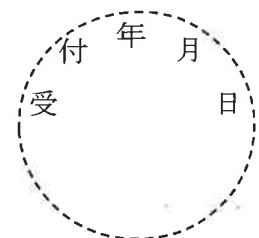
健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号・番号		-	
被保険者	氏名	Ⓜ	
	生年月日	大・昭・平	年 月 日
事業所	名称		
	所在地		
適用対象者	氏名		性別 男・女
	生年月日	昭・平	年 月 日 被保険者との続柄
被保険者の住所		〒	
適用対象者の住所 (被保険者と同じ場合は、省略可)		〒	
標準負担額の減額の別		▷ 市町村民税非課税者 ▷ 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下さい。		入院日数合計(日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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。

令和 年 月 日

(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。
	市区町村名



※ この申請は、適用対象者ごとに提出して下さい。

㊦ 記入上の注意等

1. この申請は、市(区)町村民税非課税の者、若しくは、標準負担額の減額を受けなければ生活保護法に規定による要保護者となる者が対象となります。

2. 添付書類

▷ 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

※ 表面の市(区)町村長が証明する欄に証明がある場合には、非課税証明書を添付する必要はありません。

▷ 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、「限度額適用・標準負担額減額認定該当(C)」と記載された「保護申請却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」又はこれらの写に事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明したものを添付して下さい。

▷ 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機関等の証する書類)を添付して下さい。

㊦ 長期入院とは……

低所得者であって標準負担額申請を行った月以前の12月以内の入院日数(減額対象者としての日数に限る)が90日を越えるものを指します。