

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| | | | |
|-----------------------|-----|---------------------|-----------|
| 被保険者欄 | | ※市区町村民税非課税者などの低所得者用 | |
| 被保険者証記号番号 | — | 被保険者氏名 | |
| | | 生年月日 | S・H 年 月 日 |
| 被保険者(適用対象者)の住所 〒 — | | | |
| 勤務している事業所 | 名称 | | |
| | 所在地 | | |

| | | | |
|---|---------------------|--|-----|
| 減額認定証交付対象者欄 ※対象の方が被保険者本人の場合は②～⑤について省略可 | | | |
| ①療養する方の氏名 | | ②被保険者との続柄 | |
| ③生年月日 | S・H・R 年 月 日 | ④性別 | 男・女 |
| ⑤療養する方(適用対象者)の住所 | 〒 — | | |
| ⑥療養予定期間 | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 | | |
| ⑦療養する方は、長期入院されましたか？ ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間に90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課税されていない期間の入院に限ります。 | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」と答えた場合は2頁につきましても、ご記入下さい。 | |

| | |
|-------|--------------------|
| 送付希望先 | 事業所・被保険者(適用対象者)の住所 |
| 備考 | |

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村の証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。

| | |
|---------|--|
| 証明市区町村が | 当該被保険者は 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 (印) |
|---------|--|

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月分診療については、当年度の課税における証明書を市区町村にて交付して下さい。

受付年月日

| | | | |
|---------------------|-----------------------|-------------------|--|
| 申請を行った月以前1年間の入院日数合計 | | 日間 | |
| ① | 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 令和年 月 日 ~ 令和年 月 日 | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | |
| | | 所在地 | |
| ② | 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 令和年 月 日 ~ 令和年 月 日 | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | |
| | | 所在地 | |
| ③ | 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 令和年 月 日 ~ 令和年 月 日 | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | |
| | | 所在地 | |
| ④ | 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 令和年 月 日 ~ 令和年 月 日 | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | |
| | | 所在地 | |

※入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている保険医療機関の領収書・写)を添付して下さい。

《 注意事項 》

- ※ 第三者宛に送付の場合、備考欄に理由をご記入下さい。
- ※ 医療機関に送付の場合、ご担当者様のお名前をご記入下さい。
- ※ 外傷性での負傷の場合は別途、健保組合までご連絡ください。