

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	〇〇〇〇-〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 太郎
		生年月日	Ⓢ H 〇〇年 〇〇月 〇〇日
被保険者(適用対象者)の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1			
勤務している事業所	名称	〇〇〇〇株式会社	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1	

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	健保 太郎		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	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		
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。