

常務理事	事務長	課長	係長	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	① 保険証の	記号	② 被保険者氏名	昭・平・令 年 月 日	
		番号	生年月日		
	③ 住 所	〒 ー (電話) ー ー			
	④ 事業所 名 称				
備 考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)				

※認定対象者が被保険者の場合は、⑤に「本人」と記入し、⑥～⑦は省略して差し支えありません。
 ※認定対象者と被保険者の住所が同一の場合は、⑦に「同居」と記入し住所の記載は省略して差し支えありません。

認 定 対 象 者 (<small>証を必要とする者</small>)	⑤ 氏 名 生年月日	昭・平・令 年 月 日	⑥ 被保険者 との続柄
	⑦ 住 所	〒 ー (電話) ー ー	

長 期 入 院 欄	⑧ 長期入院		該 当 ・ 非 該 当		
	以降は⑧の長期入院該当者のみ記入してください。		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 年 月 日から 令 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	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令 年 月 日から 令 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	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令 年 月 日から 令 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	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令 年 月 日から 令 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	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令 年 月 日から 令 年 月 日まで 日間		
入院をした保険医療機関等		名 称			
		所在地			

(注) 市区町村 長が証明 する欄	当該被保険者(氏名)は 令和 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 ㊟

※上記証明欄に市(区)町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

記入上の注意等

1. 市町村民税が非課税となっている方は、市町村民税非課税証明書を添付してください。
 なお、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方については、「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。
3. 長期該当者として申請する方は、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。

	交付年月日	令 年 月 日	発効年月日	令 年 月 日
	規則 101 条に該当した年月日	令 年 月 日	90日を超えた日	令 年 月 日
	長期該当年月日	令 年 月 日	有効年月日	令 年 月 日
	却下年月日	令 年 月 日	発行番号	号
※	備考欄			

※印の欄は記入しないで下さい。