

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

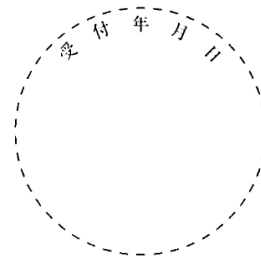
# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|                                |                   |   |    |
|--------------------------------|-------------------|---|----|
| 被保険者等記号番号                      |                   | 1011-2568                                   |    |
| 被保険者                           | 氏名                | 健保太郎  |    |
|                                | 生年月日              | 昭和50年 11月 18日                               |    |
| 減額対象者                          | 氏名                | 健保太郎  |    |
|                                | 生年月日              | 昭和50年 11月 18日                               |    |
| 被保険者(減額対象者)の住所                 |                   | 東京都 〇〇区 〇△4-8-7-306                         |    |
| 標準負担額の減額の別                     |                   | 市町村民税非課税者<br>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)                                 |    |
| ①                              | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで                    | 日間 |
|                                | 入院をした保険医療機関等      | 名称<br>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<br>令和 年 月 日まで                    | 日間 |
|                                | 入院をした保険医療機関等      | 名称<br>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<br>令和 年 月 日まで                    | 日間 |
|                                | 入院をした保険医療機関等      | 名称<br>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<br>令和 年 月 日まで                    | 日間 |
|                                | 入院をした保険医療機関等      | 名称<br>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<br>令和 年 月 日まで                    | 日間 |
|                                | 入院をした保険医療機関等      | 名称<br>所在地                                   |    |

被保険者が記入するところ

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。

|               |                                  |
|---------------|----------------------------------|
| (注)市区町村が証明する欄 | 当該保健者には 年度の市(区)町村民税が課されないこと証明する。 |
|               | 市区町村長名                           |
|               | 印                                |



## 記入上の注意等

1. 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。
3. 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。
4. 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

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

※印の欄は記入しないで下さい。