

| | | | | | | | | |
|----|------|-----|----|-----|---------|---|---|---|
| ※ | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当者 | 資格関係照合 | | | |
| | | | | | 取得 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 喪失 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 被扶養者の認定 | 年 | 月 | 日 |
| 起案 | | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 |

※ 印欄は記入しないでください。

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 | | - | | 事業所の名称・所在地 | |
| 被保険者 | 氏名 | Ⓜ | | 名称 | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 所在地 |
| 対象者 | 氏名 | | | 被保険者との続柄 | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 |
| 被保険者（減額対象者）の住所 | | | | | 〒 |

| 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） | 年 | 月 | 日から | 日間 |
| | | 年 | 月 | 日まで | |
| 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） | 年 | 月 | 日から | 日間 |
| | | 年 | 月 | 日まで | |
| 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） | 年 | 月 | 日から | 日間 |
| | | 年 | 月 | 日まで | |
| 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） | 年 | 月 | 日から | 日間 |
| | | 年 | 月 | 日まで | |
| 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） | 年 | 月 | 日から | 日間 |
| | | 年 | 月 | 日まで | |
| 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。

| | | | |
|--------|----------|-------------------------|---|
| 市区町村長が | 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。 | |
| 証明する欄 | 年 | 月 | 日 |
| | 市区町村長名 | | Ⓜ |

- 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、この申請書の証明欄に証明を受けた場合は、添付の必要はありません。
- 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ください。
- 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）を添付してください。