

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者の記入欄	被保険者証の記号・番号	—		事業所名			
	被保険者の	氏名			生年月日		
		Ⓜ			昭和 平成	年	月
		住所					
		〒 —			電話 ( )		
	減額対象者の	氏名			生年月日		
					昭和 平成	年	月
		性別	被保険者との続柄		第三者行為によるものですか		
		男・女			はい・いいえ		
		ここから下は申請日前1年間の減額対象者としての入院期間が90日を超える場合に記入					
入院した医療機関名			入院期間				
			平成	年	月		
電話 ( )				平成	年	月	
			平成	年	月		
			平成	年	月		
			入院日数合計 ( 日間)				

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。)

備考欄

証明欄 (※) 市区町村長の	平成 年 月 日
	当該被保険者には <u>平成</u> 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 Ⓜ

【添付書類】

- 診療月の属する年度(診療が4月~7月の場合は、前年度)の被保険者の市町村民税非課税証明書の原本を添付してください。ただし、(※)欄に市区町村長の証明を受けた場合は添付の必要はありません。
- 申請日前1年間の減額対象者としての入院期間が90日を超える場合は、医療機関発行の食事代(標準負担額)がわかる領収書の原本を添付してください。

事業主の記入欄	上記のとおり申請がありましたので提出します。 平成 年 月 日
	事業所の所在地 名称
	事業主氏名印 Ⓜ

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	給付課	発議日	平成	年	月	日
					発効日	平成	年	月	日
					有効期限	平成	年	月	日
					長期該当	非該当・該当	平成	年	月