

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	9999 - 108	事業所名	〇〇株式会社		
	被保険者の	氏名		生年月日		
		〇木 〇子 (印)		昭和 平成	49年 3月 18日	
		住所				
	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区△町〇-〇-〇					
	電話 03 (3000) 0000					
	減額対象者の	氏名		生年月日		
		〇木 〇男		昭和 平成	15年 3月 1日	
		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	長男	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				
電話 ()		平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで (日間)			
電話 ()	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで (日間)				
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 平成 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)

【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 22年 4月 5日
	事業所の所在地	東京都中央区〇町〇-〇-〇
	名称	〇〇株式会社
	事業主氏名印	〇町 〇一 (事業主印)

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 日