

常務理事	事務長	課長	課長補佐	係長	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証 記号・番号							
被 保 険 者	氏名			事業 所	名称 所在地	〒	
	生年月日	昭・平 年 月 日					
減 額 対 象 者	氏名			被保険者との続柄			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		才	性別	男 ・ 女	
被保険者（減額対象者）の住所				〒			
被保険者（減額対象者）の連絡先				日中連絡とれる電話番号を記入 携帯・自宅・会社			
標準負担額の減額の別				・ 市町村民税非課税者 ・ 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（90日以上）				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下さい。						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 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	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 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	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 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	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 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	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで		日間			
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地					

令和 年 月 日申請

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)市区町村長が証明する欄	当該被保険者には、 年度の市区町村民税が課されていないことを証明する。
	市区町村名 印

受付日付印

健保組合記入欄

決定年月	適用区分
年 月	・低所得（C） ・低所得（I） ・低所得（II）
有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
長期入院発効日	令和 年 月 日

*低所得（I）及び（II）は70歳以上75歳未満が対象