


--	--	--	--

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(この申請書は市区町村民税が非課税などによる低所得者の方の窓口負担を軽減するためのものです。)

被保険者証の記号・番号		記号 ○○○	番号 ○○○○
被保険者	氏名	健保 太郎 	
	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日 平成	
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県△△市□□町1-2-3 自宅Tel 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 携帯Tel 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
	事業所名称	〇〇株式会社	
認定証の希望送付先	被保険者住所 ・ 対象者住所 ・ 事業所経由		
	その他	〒 - Tel - -	
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄 妻
	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日 平成	性別 男・女
	住所 (上記住所と相違の場合記入)	〒 - Tel - -	
	入院予定期間	平成 〇年 〇月 ~ 平成 〇年 〇月	
	入院する方は、申請の行った以前1年間にすでに90日を越える長期入院をされましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ※ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。 ※ 入院期間を証明する書類を添付してください。	
	申請を行った月以前1年間の入院日数 合計		日間
	①	申請を行った月以前1年間の入院日数期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	
②	申請を行った月以前1年間の入院日数期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	
③	申請を行った月以前1年間の入院日数期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	

必ず押印してください。

必ず添付してください。

### 【添付書類】

- 適用対象者の保険証の写し
- 被保険者本人の診療月の属する年度分非課税証明書(ただし、4月~7月診療までは、前年度分非課税証明書)
- 長期入院該当(申請月以前の1年間の減額対象者としての入院日数が91日以上)のときは、入院期間の記載ある領収書写し等の入院期間の確認できる書類

### 【注意事項】

- 業務上又は通勤途上による傷病の場合は、健康保険は使用できないため、減額認定証の交付を申請することはできません。
- 交通事故などの第三者の行為による傷病の場合は、別途届出が必要となりますので、健康保険組合までご連絡ください。
- 減額認定証の有効期限は、健康保険組合が申請書を受付した月の初日(ただし、申請のあった月に資格取得した方又は被扶養者となった方については、その資格取得日又は扶養認定日となります。)から最初に訪れる7月末日までとなります。

受付年月日