

| | | | | | | | | |
|------|-----|----|----|---|-------|--------|------|-------|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 係長 | 係 | 長期入院 | 該当・非該当 | 適用区分 | C・ |
| | | | | | 交付年月日 | 年 月 日 | 有効期限 | 年 月 日 |

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| | | | |
|--|------------------|------------------|--|
| 被保険者証の 記号番号 | (記号) | (番号) | 事業所名 |
| 被保険者の | 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 昭和・平成 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 - TEL () | |
| 認定証交付対象者の | 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 昭和・平成 年 月 日 |
| | 性別 | 男・女 | 被保険者との続柄 |
| | 入院(予定)期間 | 平成 年 月 ~ 平成 年 月 | |
| | 入院する方は長期入院されましたか | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| とは別の送付先を希望する場合は、その送付先 | | 〒 - TEL () (宛名) | |
| 長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。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。前1年間の入院期間を記入してください。 | | | |

被保険者以外の方が申請する場合に記入してください。

| | | |
|---------|---------------------------------|--------------|
| 申請代行者の | 氏名 | 被保険者との関係(続柄) |
| 申請代行の理由 | 1 被保険者が入院中で申請できないため 2 その他() | |

注意事項等

- この申請書は市区町村民税が非課税等による低所得者の方が入院される(されている)場合に使用してください。
- 対象者が被保険者本人の場合、の記入は不要です。
- 市区町村民税が非課税の方は、申請書に市区町村長から非課税であることの証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。4月から7月診療分については前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。
- 低所得者の適用を受けることにより、生活保護を必要としない方は、「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」またはこれらの写しに、事業主、民生委員、福祉事務所長が原本証明したものを添付してください。
- 長期入院に該当される方は、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収書等)を添付してください。

受付年月日

| | |
|-------------------------|----------------------------|
| 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年間の入院期間(日数) | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 |
| 1 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年間の入院期間(日数) | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 |
| 2 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年間の入院期間(日数) | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 |
| 3 入院した保険医療機関等 | 名称 |
| | 所在地 |
| 4 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 |
| 4 入院した保険医療機関等 | 名称 |
| | 所在地 |
| 5 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 |
| 5 入院した保険医療機関等 | 名称 |
| | 所在地 |

| | |
|----------|---|
| 市区町村長証明欄 | 当該被保険者は 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名 |
|----------|---|