

常務理事	事務長	課長	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 が 記 入 す る と こ ろ	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	日							
	被保険者住所		〒 —												
	減額対象者の氏名														
	減	額	対	象	者	の	生	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄

市 区 町 村 証 明 欄	下記証明欄は(非)課税証明書の添付をされた方は不要です。 当該被保険者(氏名: )には平成・令和 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">令和 年 月 日</div>				
	市区町村長名: <span style="float: right;">⑩</span>				

※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市区町村長から受けてください。

長 期 入 院 欄	申請日を行った月以前1年間に減額対象者としての入院日数が90日超える場合は、保険医療機関ごとに入院(日数)を記入してください。												
	1	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	日間
		入院した保険医療機関等	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>名 称</span> <span>所 在 地</span> </div>										
	2	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	日間
		入院した保険医療機関等	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>名 称</span> <span>所 在 地</span> </div>										
	申請を行った月以前1年間の入院日数合計		日間										

上記のとおり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。 令和 年 月 日

受付年月日