

この用紙と添付書類をご提出ください。

- ・診療月1～7月分・・・被保険者が、前年度の住民税が非課税であることを証明するもの
- ・診療月8～12月分・・・被保険者が、今年度の住民税が非課税であることを証明するもの  
「非課税証明書」や「市民税県民税特別徴収税額の通知書(納税義務者用)」のコピーなど

常務理事	事務長		担当者	標準報酬月額	長期入院	備考
				千円	・ 該当 ・ 非該当	

健康保険 被保険者・家族 **限度額適用・標準負担額減額認定証 交付申請書**

太枠内をすべてご記入・ご捺印の上、事業所担当者または健保組合へご提出ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号			被保険者(請求者)の	フリガナ				
	記号		番号	氏名と印	印				
	被 保 険 者 の 現 住 所			〒 - 電話番号 ( )					
	事 業 所 名 称								
	適 用 対 象 者	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄
	診 療 開 始 の 日 ( 入 院 な ど )		月 日より						
	「減額認適用定証」のお届先		「減額認定証」は事業所担当者へお送りします。 やむを得ない場合のみ、お届先の住所を下記へご記入ください。						

直近1年間の入院日数が90日を超える場合のみご記入ください。		入院日数合計		日間
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 日間			
入院をした保険医療機関等	名 称			
	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 日間			
入院をした保険医療機関等	名 称			
	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 日間			
入院をした保険医療機関等	名 称			
	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 日間			
入院をした保険医療機関等	名 称			
	所在地			

健保使用経過欄	
受付年月日	
受付番号	第 号
決定年月日	