

住民税非課税者

常務理事	事務長	扱者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

平成 年 月 日提出

被保険者が記入するところ	被保険者	被保険者証の記号	番号					
		氏名	自署サイン	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
	減額対象者	氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
		被保険者との続柄		性別	男 ・ 女			
		住所	〒					
		長期入院 (過去1年間に入院期間が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場合のみ記入してください。

①	申請の前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
	入院をした保険医療機関等	医療機関名 所在地	
②	申請の前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
	入院をした保険医療機関等	医療機関名 所在地	
③	申請の前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
	入院をした保険医療機関等	医療機関名 所在地	

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。

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

受付日付印

※非課税証明書添付の場合、市区町村証明欄の記載は不要

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、事前に健保へご相談ください。