

記入例

常務理事	事務長			担当

健康保険標準負担額減額申請書
(入院 ・ 外来) ※該当する方に○をしてください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号番号 または個人番号		1 - 123456		申請日	平成〇〇年4月1日 ※限度額適用認定申請書と同じ日		
	被 保 険 者	氏 名	健保 太郎 ㊟		事 業 所 名 称	株式会社〇〇〇〇		
		生年月日	昭和〇〇年 7 月 26 日		事 業 所 所 在 地	東京都中央区〇〇1-2-3		
	減額対象者	氏 名	健保 花子 ㊟		被保険者との続柄	妻		
		生年月日	昭和〇〇年 4 月 1 日		性 別	女		
	被保険者(減額対象者)の住所		〒228-0000 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室					
	標準負担額の減額の別		市区町村民税非課税者 ・ 標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者					
	長期入院		<input checked="" type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当		※「長期入院」とは、申請日の前1年間で入院日数が合計90日を超える場合に該当			
	ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入して下さい				入院日数合計(100日間)			
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 〇〇 年 △△ 月 □□ 日から 平成 〇〇 年 △△ 月 □□ 日まで		45 日間		
入院をした保険医療機関等		名 称	医療法人丸半会 P S P 病院		所 在 地	東京都千代田区丸の内1-1-1		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 〇〇 年 △△ 月 □□ 日から 平成 〇〇 年 △△ 月 □□ 日まで		55 日間			
	入院をした保険医療機関等		名 称	医療法人〇〇会 △△病院		所 在 地	東京都中央区八丁堀2-3-4	
③	申請日の前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		名 称			所 在 地		

上記の通り関係書類を添えて健康保険標準負担額減額認定証の交付を申請します。

(注) 市区町村長が証明 する欄	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 ㊟
------------------------	--

<記入上の注意等>

- 個人番号で申請する際は、個人番号および本人確認の為の書類が必要です。
- 市区町村民税が非課税となっている者は、市区町村民税非課税証明書を添付して下さい。尚、(注)の欄に証明を受けた場合は、添付の必要はありません。
- 標準負担額の減額を受けられることにより、生活保護法の規定による要保護とならない者については、「健康保険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」(事業主、民生委員又は福祉事務所長の原本証明した写しでも可)を添付して下さい。
- 長期該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収書(入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は入院期間に係る保険医療機関等の証する書類)を添付して下さい。
- 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

*健保確認欄	交付年月日	平成 年 月 日	発効年月日	平成 年 月 日
	規則58条の3各号に該当した年月日	平成 年 月 日	90日を超えた日	平成 年 月 日
	長期該当年月日	平成 年 月 日	有効年月日	平成 年 月 日
	却下年月日	平成 年 月 日	発行番号	No.
	備考欄			

「*健保確認欄」は記入しないでください。