

常務理事	事務長	係員	係員

健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書
(被保険者が住民税非課税の場合に限る)

被保険者証の記号番号	—	事業所の名称	
被保険者情報	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日
被保険者の住所	〒 -		
適用対象者情報	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	被保険者との続柄	申請期間 (療養予定期間)	平・令 年 月より 平・令 年 月まで

送付希望先住所については、被保険者の方のご住所と別の場所に送付を希望される場合のみご記入ください。	
送付希望先の住所	〒 -
宛名	
電話番号(日中の連絡先)	TEL ()

長期入院	1. 該当 2. 非該当	標準負担額の種類の別	1 市区町村民税非課税者 2 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
長期入院該当者として申請する方のみご記入ください。		入院日数合計	日間
(1)	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間
	入院した病院 名称	所在地	
(2)	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間
	入院した病院 名称	所在地	
(3)	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間
	入院した病院 名称	所在地	

市区町村長証明欄	
当該被保険者には令和 年度の市区町村民税が課されていないことを証明する。	
令和 年 月 日	
市区町村長	
印	

※証明を受けることができなかった場合は非課税証明書を添付してください。

受付日付印

・被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。
・備考欄にマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考()