

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

市町村民税非課税等の低所得者用（70歳未満）

被保険者の記入欄	被保険者等 記号・番号	(記号) (番号)	事業所名		
	被保険者の	氏 名		生 年 月 日	
				昭和 年 月 日 平成	
		住 所			
	減額対象者の	氏 名		生 年 月 日	
				昭和 平成 令和 年 月 日	
		性別	被保険者との続柄	第三者行為によるものですか	
		男・女		はい・いいえ	
		※申請日前1年間の減額対象者としての入院期間が90日を超える場合は、下記の欄にもご記入ください			
		入院した医療機関名		入 院 期 間	
電話 ( )			令和 令和	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	
電話 ( )		令和 令和	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		
入院日数合計 ( 日間)					

市区町村長の証明欄	<p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>当該被保険者には令和 年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 <span style="float: right;">㊟</span></p>
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**【添付書類】**

- ① 診療月の属する年度(診療が4月～7月の場合、前年度)の被保険者の市町村民税非課税証明書の原本を添付してください。ただし、上記欄に市区町村長の証明を受けた場合は添付の必要はありません。
- ② 申請日前1年間の減額対象者としての入院期間が90日を超える場合は、医療機関発行の食事代(標準負担額)がわかる領収書の原本を添付してください。

事業主の記入欄	<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記のとおり申請がありましたので提出します。</p> <p>事業所の名称</p> <p>事業主の氏名</p>	<p style="text-align: center;">事業所担当者確認欄</p> <p><input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。</p>
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

受付日付印