

処 理	年 月 日	
常務理事	事務局長	担 当

【お願い】この申請書は、限度額適用・標準負担額減額認定対象者毎にご提出ください。

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

<p>一、この申請は、市(区)町村民税非課税の者、若しくは、標準負担額の減額を受けなければ生活保護法の規定による要保護者となる者が対象となります。</p> <p>二、添付書類 非課税証明書、すでに減額認定証の交付を受けている方は、交付済みの減額認定証</p> <p>三、長期入院該当の場合は入院期間を確認できる書類</p> <p>※この申請書に市(区)町村長の証明がある場合には、非課税証明書を添付する必要はありません。</p> <p>一、長期入院について 低所得者であつて標準負担額申請を行った月以前の12月以内の入院日数(減額対象者としての日数に限る)が90日を超えるものを指します。</p>	被保険者証記号・番号		—		事業所名称		
	被保険者		氏 名				
			生年月日	昭・平	年	月	日生
	減額対象者		氏 名				
			生年月日	昭・平・令	年	月	日生
	被保険者の住所		〒 —				
	長期入院		該 当 ・ 非該 当				
	①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日		日間	
				令和 年 月 日			
	入院をした保険医療機関等		名 称				
		所在地					
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日		日間		
			令和 年 月 日				
入院をした保険医療機関等		名 称					
		所在地					
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日		日間		
			令和 年 月 日				
入院をした保険医療機関等		名 称					
		所在地					
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日		日間		
			令和 年 月 日				
入院をした保険医療機関等		名 称					
		所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日		日間		
			令和 年 月 日				
入院をした保険医療機関等		名 称					
		所在地					
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。 年 月 日 市(区)町村長名 (印)					

上記のとおり申請します。

年 月 日

東北しんきん健康保険組合理事長 殿