

健康保険標準負担額減額申請書

認定証交付伺	伺年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務局長	事務局次長	経理部長	会計課長	部長	次長	課長	課長補佐	係長
	決裁年月日	平成 年 月 日										
	認定年月日	平成 年 月 日	取得		昭和 年 月 日							係
	発行年月日	平成 年 月 日	喪失		平成 年 月 日							
	長期該当年月日	平成 年 月 日	被扶養者認定年月日			平成 年 月 日						

規則45条の3各号に該当した年月日	平成 年 月 日	90を超えた日	平成 年 月 日	却下年月日	平成 年 月 日
-------------------	----------	---------	----------	-------	----------

(注 意 事 項)

4、3、2、1、
 ⑤ 訂正箇所には、
 (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)を添付してください。

6、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でも可)を添付してください。

7、印の欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	-----											
	② 事業所の名称												
	③ 減額対象者の	ア 氏名								① 生年月日	年 月 日	ウ 続柄	
		イ 住所	〒							④ 長期入院		該当・非該当	
	⑤ 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。								⑥ 入院日数合計 (日間)				
	①	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		
	②	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		
	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			
上記のとお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。													
平成 年 月 日 ⑦ 〒 住所 被保険者の 氏名 ⑧ 電話 () ⑨													
出版健康保険組合殿													

(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)町村民税が課せられないことを証明する。

⑩ 市区町村長名 ⑪