被保険者家族 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・平成　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日を超えた日	平成　年　月　日	却下年月日	平成　年　月　日

（注意事項）

1、①欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

2、③、④欄は、該当する文字を丸で囲んでください。

3、⑨欄と⑪欄の印はハッキリ押してください。また①から⑨までの訂正箇所には、⑨欄と同じ印を押してください。

4、⑤欄の長期該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収証（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。

5、市町村民税が非課税となっている者は、市町村民税非課税証明書を添付してください。（注の欄に証明を受けた場合は、添付の必要はありません）

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るおそれがある者については、「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	5133 264	②事業所の名称	株式会社○×書房	
③減額対象者の	㋐氏名 健保 太郎	㋑生年月日	昭和 平成 34年 7月 13日	㋒続柄 本人
	㋓住所 〒○×△－×××× 大和市中央林間×－×－×	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 30年 4月 9日

被保険者の ⑦住所 〒○×△－×××× 大和市中央林間×－×－×

氏名 健保 太郎 ⑨ 健保

出版健康保険組合殿

⑧電話 0462（ 31 ）××××

(注) 市区町村長が証明する欄

当該被保険者には 29 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 大和市長 大和 次郎 ⑪ 大和

個人番号														

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

※個人番号を記載される場合には、①個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し）②身元確認（運転免許証又はパスポート等）の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。