被保険者
家族

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

※	伺　年　月　日	令和　年　月　日	常務	事務局長	事務長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係
認定証交付伺	決裁年月日	令和　年　月　日									
	認定年月日	令和　年　月　日	取得			昭和 平成 令和　年　月　日					
	交付年月日	令和　年　月　日	喪失			令和　年　月　日					
	長期該当年月日	令和　年　月　日	被扶養者認定年月日			昭和 平成 令和　年　月　日					

規則45条の3各号に該当した年月日	令和　年　月　日	90日を超えた日	令和　年　月　日	却下年月日	令和　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、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、入院期間に係る保健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

被保険者証の記号と番号	記号 番号	事業所の名称		
被保険者氏名		生年月日	昭和 平成　年　月　日	
減額対象者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	続柄
	住所	〒　－	長期入院	該当・不該当

ここから下は長期該当者として申請する方のみ記入して下さい。　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 令和　年　月　日から　年　月　日まで	日間
	入院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 令和　年　月　日から　年　月　日まで	日間
	入院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 令和　年　月　日から　年　月　日まで	日間
	入院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。

令和　年　月　日

被保険者の　〒　－
住所
氏名　㊞

出版健康保険組合殿　　電話　（　　）

証明する欄（注）市区町村長が

令和　年　月　日

該当被保険者には　年度の市（区）町村民税が課せられないことを証明する。

市区町村長名　㊞

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。