

常務理事	事務長	課長	担当

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。 令和 年 月 日

被保険者等記号・番号		記号	番号	
被保険者	氏名			事業所名
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平	年 月 日	
認定対象者 (療養を受ける方)	氏名			生年月日
	続柄			
被保険者の住所	(〒 -)			傷病名
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
入院医療機関名				
入院予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
対象者の方は長期入院に <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				
※ 長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。 ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。				
長期入院に該当される方は下記に1年間の入院期間をご記入下さい。				
①	申請を行った月以前	年 月 日 から		
	1年間(日数)	年 月 日 まで 日間		
	入院をした	名称		
	保険医療機関等	所在地		
②	申請を行った月以前	年 月 日から		
	1年間(日数)	年 月 日まで 日間		
	入院をした	名称		
	保険医療機関等	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)町村民税が課せられないことを証明する。 <div style="text-align: right;">市区町村長名 ⑨</div>
-------------	--

【受付日付印】

◎申請時の添付書類

1. この申請書に市区町村の非課税証明書【被保険者の非課税証明が必要】(4月から7月入院分については前年度分、8月から翌年3月入院分については当年度分)を添付してください。ただし、この申請書の証明欄に市区町村長の証明を受けている場合は、添付の必要はありません。
2. 長期入院(申請日の前1年間に減額対象者としての入院日数が90日を超える場合)による申請をする場合は、その入院期間(日数)を確認できる保険医療機関等の領収書等を添付してください。この申請後に長期入院に該当になった場合は健保組合にご連絡下さい。 【大和ハウス工業健康保険組合】