この欄は記入しないでください。

本件、処理してよろしいか。	常務理事	部　長	課　長	担当者	伺年月日	令和　年　月　日	受　付
					備考	○ 適用区分＝ オ・Ⅰ・Ⅱ ○ 長期該当・長期非該当	
	交付の有無	有　・　無					
	交付年月日	令和　年　月　日					
	有効期限	令和　年　月　日					
	資格関係	昭･平･令　年　月　日取得 昭･平･令　年　月　日喪失			摘要		

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

令和　年　月　日　提出

1	被保険者証記号番号	(記号)　(番号)		事業所名	
被保険者	氏　名	フリガナ（　　）		住所	〒　-
	生年月日	昭・平　年　月　日			TEL　（　）
減額対象者	氏　名			被保険者との続柄 （被保険者からみた続柄）	
	生年月日	昭･平･令　年　月　日		被扶養者認定年月日	昭･平･令　年　月　日

2	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。 令和　年　月　日 市区町村町長名　　印

長期入院

3	申請日の前１年間に減額対象者としての入院日数が９０日を超える場合は、保険医療機関ごとに入院期間（日数）を記入してください。			
①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	平･令　年　月　日から 平･令　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･令　年　月　日から 平･令　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･令　年　月　日から 平･令　年　月　日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名　称		
		所在地		
		入院日数合計	日間	

「うらの注意事項等」をご覧ください。

◎　記入するときの注意事項

１　1欄、記入もれのないようにしてください。

２　3欄、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）・保険医療機関等を記入してください。なお、転医等により④以上の場合は、④以降は便箋等に記載し添付してください。

◎　添 付 書 類

１　『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証』をお持ちの場合は添付してください。

２　この申請書には次の（１）または（２）のいずれかの証明書等を添付してください（入院した月の属する年度分。４月から７月については前年度分。）。
ただし、（イ）・（ロ）のいずれかの場合は、添付の必要はありません。
（イ）この申請書の2欄の証明欄に市区町村長の証明を受けている場合。
（ロ）すでに減額認定をうけている場合で、同一年度内において「入院日数が９０日を越える（長期入院該当）」のため再度申請する場合。
（１）『市区町村長の非課税証明書』
（２）福祉事務所長の『健康保険限度額適用・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又はその写に事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明したもの。

３　長期入院（申請日の前１年間に減額対象者として入院期間が９０日を超える場合）による申請をする場合は『入院期間を確認できる領収書等』を添付してください。

◎　提出先　〒542-0061　大阪市中央区安堂寺町二丁目４番１４号

関 西 文 紙 情 報 産 業 健 康 保 険 組 合

健康保険の給付を受ける権利は、２年間の時効で消滅します。

この申請書に関することは、当組合（℡06-6765-9212）給付課までおたずねください。