

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	○ 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		考	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	被保険者の 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 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	<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>市区町村町長名 印</p>
---	-------------	---

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)	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		日間
	入院をした保険医療機関等	名 称				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		日間
	入院をした保険医療機関等	名 称				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		日間
	入院をした保険医療機関等	名 称				
					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）すでに減額認定を受けている場合で、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 大阪府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（Tel06-6765-9212）給付課までおたずねください。