

別紙のとおり、認定証を交付いたします。

決 裁：平成 年 月 日

交 付：平成 年 月 日

常務理事	事務長	部 長	業務課 (担当)

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書 [非課税被保険者]

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号番号	239 - 1234			
	被保険者 (市区町村民 税非課税者)	氏名	旅行 育三 (印)	生年月日	昭平 30年10月10日
		住所 連絡先	〒105 - 0012 東京都港区芝大門〇-〇-〇 Tel 03 (3〇△〇) 〇△〇△		
		勤務先 事業所	〇△〇△株式会社		
	減額対象者	氏名	旅行 育三	生年月日	昭平 30年10月10日
		性別	男・女	被保険者 との続柄	本人
	標準負担額の減額の別 (いずれかに〇)	<input checked="" type="radio"/> 市区町村民税非課税者 (被保険者) <input type="radio"/> 食事療養標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者			
	長期入院 について	<input checked="" type="radio"/> 非該当 2. 該当 [入院日数合計(____日間) ※以下①～⑤を記入して下さい]			
	※ 長期入院とは、申請月以前 12ヶ月以内の非課税期間にあたる入院日数が 90 日以上の場合をいいます。				
	①	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)	平成 年 月 日から	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)	平成 年 月 日から	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)	平成 年 月 日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			
④	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)	平成 年 月 日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			
⑤	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)	平成 年 月 日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			

上記のとおり、関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

※記入上の注意、添付書類については別紙をご覧ください。

市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	当該被保険者には平成 〇〇 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
	市区町村長名 〇△ 市長 (印)

--- 受付日付印 ---