

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		課 長	課長補佐	係 長	担当者

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	—				
	被保険者 (市区町村民 税非課税者)	氏 名	Ⓜ		生年月日	昭・平 年 月 日
		住 所 連絡先	〒 - Tel ()			
		勤務先 事業所				
	減額対象者	氏 名			生年月日	昭・平 年 月 日
		性別	男・女	被保険者 との続柄		
	標準負担額の減額の別 (いずれかに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市区町村民税非課税者（被保険者） ・ 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	1. 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 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		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 平成 年 月 日まで		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 平成 年 月 日まで		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 ____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 Ⓜ

~~~~~受付日付印~~~~~

## 記入上の注意、添付書類等について

1. 市区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。  
ただし、申請書下欄に市区町村長から証明を受けた場合は、非課税証明書の添付は不要です。
2. 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、「限度額適用・標準負担額減額認定該当 (C)」と記載された「保護申請却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」又はこれらの写に事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明したものを添付して下さい。
3. 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険医療機関等の証する書類）を添付して下さい。
4. 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。  
また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
5. 申請書は、必要書類を添付して旅行業健康保険組合に提出してください。  
なお、認定証の送付先は申請書に記載された被保険者の住所宛となります。  
送付先を別に希望する場合は、申請書を提出する際その旨をメモ等でお知らせください。

(提出先) 〒103-0023

東京都中央区日本橋本町3-8-4

第二東硝ビル3階

旅行業健康保険組合 業務課

TEL 03(3662)3102