

# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者等	記号・番号	記号		番号	
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	昭・平・令	年 月 日		所在地
減額対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者の(減額対象者)の住所		〒 -			
標準負担額の減額の別		1. 市町村民税非課税者 2. 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	該当・非該当				

※ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入してください。

入院日数合計 ( 日間)

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	
	入院をした保険医療機関等	令和	年	月	日まで	日間
		名称				
		所在地				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	
	入院をした保険医療機関等	令和	年	月	日まで	日間
		名称				
		所在地				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	
	入院をした保険医療機関等	令和	年	月	日まで	日間
		名称				
		所在地				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	
	入院をした保険医療機関等	令和	年	月	日まで	日間
		名称				
		所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	
	入院をした保険医療機関等	令和	年	月	日まで	日間
		名称				
		所在地				

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。

令和 年 月 日提出

(注)市区町村長が証明するところ
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。
市区町村長名
㊟

受付日付印

--	--	--

愛知県医療健康保険組合  
 〒460-0011  
 名古屋市中区大須三丁目 30 番 60 号  
 TEL 052-269-3203

## 記入上の注意等

1. 市町村民税が非課税となっている方は、市町村民税非課税証明書を添付してください。  
なお、『(注)』の欄に証明を受けた場合は、その添付の必要はありません。
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方については、「限度額適用・標準負担額認定証(大)」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」または、これらの写しに事業主、民生委員、または福祉事務所長が原本証明したものを添付してください。
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書(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)を添付してください。

※健康保険組合記入欄	交付年月日	令和 年 月 日	発行年月日	令和 年 月 日
	規則101条に該当した年月日	令和 年 月 日	90日を超えた日	令和 年 月 日
	長期該当年月日	令和 年 月 日	有効年月日	令和 年 月 日
	却下年月日	令和 年 月 日	発行番号	号
	備考欄			

※印の欄は記入しないでください。