

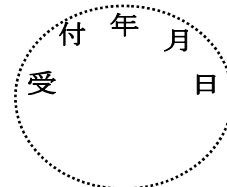
専務理事	常務理事	部長	課長	担当者	
発効年月日	平成 年 月 日				備考
有効期限	平成 年 月 日				
取得年月日	昭和・平成 年 月 日				
被扶養者認定日	昭和・平成 年 月 日				

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書 (市町村民税非課税者用)

平成 年 月 日

被保険者証記号・番号		.		事業所	名称	
被保険者	氏名				所在地	
	生年月日					
対象者	氏名			被保険者との続柄		
	生年月日			長期入院	該当・非該当	
被保険者(減額対象者)		〒 -				
の住所		TEL( ) -				
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	
			平成 年 月 日 まで			
②	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)		平成 年 月 日 から		日間	
			平成 年 月 日 まで			
④	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	

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には	年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。
	平成 年 月 日	
	市区町村長名	(印)



### ◎申請時の添付書類

- この申請書には次のいずれかの証明書等(入院した月の属する年度分。なお、4月から7月入院分については、前年度分。)を添付してください。
  - 市区町村長の非課税証明書。ただし、この申請書の証明欄に市区町村長の証明を受けている場合は、添付の必要はありません。
  - 福祉事務所長の「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もしくは保護廃止決定通知書またはこれらの写に事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明したもの。
- 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)を確認できる保険医療機関等の領収書等を添付してください。