

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者情報	被保険者等記号と番号	—				被保険者等記号と番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(健康保険証)」のいずれかでご確認ください。
	氏名			生年月日	昭平	年 月 日
	住所	〒 —				
	電話番号	( )		※日中連絡が取れる番号を記入してください。		
認定対象者	氏名	※被保険者の場合は省略可				
	生年月日	昭平	年 月 日	被保険者との続柄		
長期入院(※)	該当・非該当	認定証交付必要期間	令和 年 月 ~			

送付希望先	上記被保険者住所以外の住所へ送付する場合のみご記入ください。				
	〒 —				
電話番号	( )				
送付先宛名					

※現在入院・通院中、または精算予定の方は医療機関等をご記入ください。

医療機関名		※入院の場合、入院開始日を記入 令和 年 月 日 ~
-------	--	-------------------------------

※長期入院とは過去1年間の入院日数が90日間を超える場合。

※同年1月から7月末までの有効の認定証は、前年度非課税証明書(前々年度収入)

8月から同年12月までの有効の認定証は、当年度非課税証明書(前年度収入)の添付が必要です。

◆ここから下は長期入院で『該当』と答えた方のみご記入ください。

	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 日間 令和 年 月 日 まで
	入院した医療機関等	名称 所在地
	入院した医療機関等	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 日間 令和 年 月 日 まで
	入院した医療機関等	名称 所在地
	入院した医療機関等	名称 所在地

◆入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている病院の領収書等)を添付してください。

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は 年度の市(区)町村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

組合使用欄	標準報酬月額	千円		
	区分	才	II	I
	送付・引渡日	/ 交付		

## 【記入上の注意事項】

1. 市区町村税が非課税となっている者は、**市区町村税非課税証明書**を添付してください。  
ただし、減額申請書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者については、「健康保険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**」(事業主・民生委員又は福祉事務所長の原本証明した写でも可)を添付してください。
3. すでに減額対象者として認定を受け、減額対象者としての入院日数が、「申請月以前12月以内の入院日数が90日を超える」長期入院該当者の場合は、**入院期間を確認できる書類**(標準負担額に係る領収書など)を添付してください。
4. すでに「標準負担額減額認定証」の交付を受けている方で、有効期限が経過することから、再度減額申請する場合でも、上記1又は2の書類を添付のうえ申請してください。
5. ご不明な点がございましたら、当健康保険組合までお問い合わせください。

申請書送付先

〒103-0004

東京都中央区東日本橋1-5-13

東京ニットファッション健康保険組合 給付課

TEL 03-3861-7296