**健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号 |   | 番 号 |   | 令和     年    月    日 |
| 被保険者 | 氏　　名 |  　  | 連絡先 | ※日中連絡の取れる番号をご記入ください。　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 生年月日 |   |  |  |
| 対象者 | 氏　　名 |   | 生年月日 | [ ] 昭・[ ] 平・[ ] 令　　    年    月    日 |
|  | 続柄 |   |  |  |
| 被保険者（減額対象者）の住所 |   | 長期入院 | [ ] 該　当[ ] 非該当 |
| １ | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 令和　    年    月    日から |
|  |  | 令和　    年    月    日まで　　 日間 |
|  | 入院をした保険医療機関等 | 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 |
|  |  | 令和　    年    月    日まで　　 日間 |
|  | 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） | 令和　    年    月    日から |
|  |  | 令和　    年    月    日まで　　 日間 |
|  | 入院をした保険医療機関等 | 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 |
|  |  | 令和　    年    月    日まで　　 日間 |
|  | 入院をした保険医療機関等 | 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 |
|  |  | 令和　    年    月    日まで　　 日間 |
|  | 入院をした保険医療機関等 | 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。 |
| 市区町村長が証明する欄 | 　当該被保険者には　　　年度の市（区）町村民税が課せられないことを証明する。　　市区町村長名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

◎添付書類…①非課税証明書（原本）

　 ②食事療養標準負担額差額支給申請書、該当する期間の領収書（原本）

※①は本申請書の「市区町村長が証明する欄」に証明がいただけない場合のみ。

②は本申請書を申請する以前に入院時食事療養費を支払っている場合のみ。

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

健保使用欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 標準報酬月額 | 千円 | 発行年月日 | Ｒ　 　年　　　月　　 　日 |  | 送付日 |
| 適用区分 | オ | 有効期限 | Ｒ　 　年 7 月　31 日 |  |  |

日産自動車健康保険組合