

※平成 年 月 日交付			
常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 (新規・再交付・更新)

※再交付の場合は旧認定証にかかる減失届を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号		記号	番号	診療時の標準報酬月額 (※ 健保組合記入欄)	千円
被保険者	フリガナ			勤務先 (配属先) 事業所	名称
	氏名				
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		
減額対象者	フリガナ			被保険者との 続柄	
	氏名				
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女
療養(予定)期間		平成 年 月 ～ 平成 年 月			
被保険者の住所		フリガナ 〒 - 電話 ()			
減額認定証の送付先 ※○で囲んでください。		1. 被保険者の住所 2. 勤務先事業所 3. その他 (減額対象者、入院先等) 〒 - 住所 : 宛名 :			
備考					

上記のとおり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	当該被保険者は 年度の市(区)町村民税は課されないことを証明する。 市区町村長名
-----------------	---

(注) 上欄に市区町村長からの非課税の証明を受けるか、または非課税証明書を添付のこと。
(4月～7月診療分は前年度の課税証明、8月～翌3月診療分は当年度の課税証明。)

【留意事項】

※ 減額認定証の有効期限は、交付した月から初めて到来する7月31日までとなりますので、当該7月31日を超えて入院される場合には、更新の申請手続きをしてください。(なお、申請の際には、旧減額認定証を添付してください。)