

健康保険 限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書

申請上の注意点

提出 29 年9 月2 日

記号	番号	被保険者氏名	所属
1 2 3 4	1 2 3 4 5 6 7	健保 太郎	KAITEKI 健康社
対象者	① 被保険者 2 被扶養者	氏名	続柄
		健保 太郎	本人
		生年月日	年 月 日
		昭和34	5 2 0 1 0 1
被保険者（減額対象者）の住所		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都武蔵野市境南町〇-〇-〇	
長期入院		該当	<input checked="" type="radio"/> 非該当
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	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		
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	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		
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	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		

1. 申請書は漏れなく正確に記入してください。

2. 対象者の情報を記入してください。

3. 90日を超える入院があった場合は該当に○を付けて、医療機関等の情報を記入してください。

市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	年 月 日
		<h2>市区町村記入</h2>

4. 1月～7月の申請については前年度の非課税証明書、8月～12月の申請については当年度の非課税証明書を添付してください。（例：平成30年5月申請の場合は平成29年度の非課税証明書が必要です。）また、非課税証明書に代えてこちらの欄に市区町村での証明を受けていただく事でも構いません。いずれの証明もない場合は申請できません。

受付日付印

事業所	担当者

健保組合	担当者	事務長	常務理事