

この欄は記入しないでください。

本件、 処理して よろしい か。	常務理事	部長	課長	担当者	伺年月日	令和 年 月 日	受付
					備考	○ 適用区分＝オ・Ⅰ・Ⅱ ○ 長期該当・長期非該当	
	交付の有無		有 ・ 無				
	交付年月日		令和 年 月 日				
	有効期限		令和 年 月 日				
資格関係	昭・平・令 年 月 日取得 昭・平・令 年 月 日喪失		摘要				

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

令和 年 月 日 提出

1	被保険者証 記 号 番 号	(記 号)	(番 号)	事業所名		
被 保 険 者	氏 名	フリガナ ()		住 所	〒 -	
	生年月日	昭・平 年 月 日		Tel ()		
減 対 額 象 者	氏 名			被保険者との続柄 (被保険者からみた続柄)		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		被扶養者認定年月日		昭・平・令 年 月 日

2	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ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村町長名
---	-------------	---

長期入院

3	申請日の前1年間に減額対象者としての入院日数が90日を超える場合は、保険医療機関ごとに入院期間(日数)を記入してください。					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで				
	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)	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで				
	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・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで				
	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	

「うらの注意事項等」をご覧ください。

◎ 記入するときの注意事項

1 1欄

(1) 記入もれのないようにしてください。

2 3欄、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）・保険医療機関等を記入してください。なお、転医等により④以上の場合は、④以降は便箋等に記載し添付してください。

◎ 添付書類

1 『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証』をお持ちの場合は添付してください。

2 この申請書には次の（1）または（2）のいずれかの証明書等を添付してください（入院した月の属する年度分。4月から7月については前年度分。）。

ただし、（イ）・（ロ）のいずれかの場合は、添付の必要はありません。

（イ）この申請書の2欄の証明欄に市区町村長の証明を受けている場合。

（ロ）すでに減額認定をうけている場合で、同一年度内において「入院日数が90日を越える（長期入院該当）」のため再度申請する場合。

（1）『市区町村長の非課税証明書』

（2）福祉事務所長の『健康保険限度額適用・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又はその写に事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明したもの。

3 長期入院（申請日の前1年間に減額対象者として入院期間が90日を超える場合）による申請をする場合は『入院期間を確認できる領収書等』を添付してください。

◎ 提出先 〒550-0014 大阪市西区北堀江 2-2-25 久我ビル南館 8 階

大阪府木材健康保険組合

健康保険の給付を受ける権利は、2年間の時効で消滅します。

この申請書に関することは、当組合（TEL 06-6541-1481）給付課でおたずねください。