

※この欄は記入しないでください

本件認定してよろしいか	常務理事	事務長	係員	伺	年	月	日	適用区分	
				令	和	年	月	日	才・Ⅰ・Ⅱ
	交付年月日			令	和	年	月	日	長期該当・非該当
	発効年月日			令	和	年	月	日	
	資格関係			昭和・平成・令和 年 月 日取得				摘要	
昭和・平成・令和 年 月 日喪失									

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	事業所名				
被保険者	氏名	フリガナ		住所				
	生年月日	昭・平・令	年 月 日		電話	() -		
減額対象者	氏名	フリガナ		性別	男・女	被保険者との続柄		
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	被扶養認定日 (健保で記入)		昭・平・令 年 月 日		

2	市区町村長が証明する欄	<p>当該被保険者には、令和 年度の 市（区）町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>市区町村長名 印</p>
---	-------------	---

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）を記入して下さい。							
①	申請日前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				
	入院した保険医療機関等		名称					
		所在地						
②	申請日前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				
	入院した保険医療機関等		名称					
		所在地						
③	申請日前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				
	入院した保険医療機関等		名称					
		所在地						
				入院日数合計		日間		

※ 裏面の注意事項もご覧下さい

◎記入するときの注意事項

1 の欄

- ① 記入もれのないように、ご注意ください。

3 の欄

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・保険医療機関を記入して下さい。

なお、転院等により4ヶ所以上になる場合は、4ヶ所目以降は適宜の用紙に記載し添付して下さい。

◎ 添付書類

1. 『健康保険被保険者証』を、添付して下さい。
2. 『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、添付して下さい。
3. 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下さい。（入院した月の属する年度分。なお、4月から7月入院分については、前年度分）ただし、下の（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 の欄の証明欄に市区町村長の証明を受けている場合。
 - （ロ） すでに減額認定を受けている場合で、同一年度内において、入院日数が90日を超える（長期入院該当）のため再申請する場合。
 - 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、または、その写しに事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明したもの。
4. 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『入院期間を確認できる領収書等』を、添付して下さい。

※ 提出・問い合わせ先

〒543-8585

大阪市天王寺区上本町6-1-55

近畿日本鉄道健康保険組合

電話 06-6775-3455