※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	オ・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 昭和・平成・令和　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　１年１２月２１日　提出

1	被保険者証等	記号 ◎◎	番号 ◎◎◎◎◎	事業所名	近畿日本鉄道株式会社
被保険者	氏名	フリガナ ケンポ サクラ 健保さくら		住所	◎◎◎市◎◎◎◎町◎ー◎◎ ◎◎◎ハイツ◎◎◎
	生年月日	昭・(平)・令　◎年　◎月　◎日		電話	（　◎◎◎）ー◎◎◎◎ー◎◎◎◎
減額対象者	氏名	フリガナ ケンポ サクラ 健保さくら		性別	男・(女)
				被保険者との続柄	本人
	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	当該被保険者には、令和　１　年度の 市（区）町村民税が課されないことを証明する。 令和　１年　１２月　１日 市区町村長名　△　△　△　△　(印)

太枠内の青色文字は役所が記入します。

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 令和　年　月　日まで	日間
	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 令和　年　月　日まで	日間
	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 令和　年　月　日まで	日間
	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、ご注意下さい。

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。

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 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。

３． 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