

同	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者
い						

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号番号		—					
	被保険者	氏名				事業所	名称	
		生年月日	昭・平・令	年	月		日	所在地
	適用対象者	氏名				被保険者との続柄		
		生年月日	昭・平・令	年	月	日		
	適用対象者の住所							
	標準負担額の減額の別		個人住民税非課税者・標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者					
	長期入院		該当・非該当					
	ここから下は、長期該当者として申請する者のみ記入してください。					入院日数合計（ 日間）		
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 から		日間		
		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)		年 月 日 から		日間			
			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)		年 月 日 から		日間			
			年 月 日 まで					
	入院をした保険医療機関等		名称					
			所在地					

**※【注意事項】**

1. 認定証有効期限は本申請書を健保組合が受付した月の初日から**7月末日**までとなります。
2. 第三者行為(交通事故・けんか等)の場合は、事前に健保組合へご連絡ください。(TEL054-282-2336)
3. 下記に市区町村長から非課税であることの証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。(4月～7月診療分については前年度の非課税証明書、8月～翌年3月診療分については当年度の非課税証明書を添付してください。なお、**被保険者**の非課税証明書を添付してください。被扶養者の方の非課税証明書ではありません。)
4. 食事療養標準負担額の減額申請のみの場合には、標題の限度額適用を抹消してください。

上記のとおり、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定認定証の交付を申請します。

年 月 日提出

※ 市区町村 長が証明 するところ	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。  市区町村長名 <span style="float: right;">㊟</span>
----------------------------	---

受付日付印

静岡県信用金庫健康保険組合

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕