

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

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 欄	記号・番号	事業所名 及び 住所		
	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日		
	減額対象者 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄	
			性別	男 ・ 女
	被保険者住所 (減額対象者)	〒 - 電話 ()		
	長期入院		該 当 ・ 非該当	

ここからは長期該当者として申請する者のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間
	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 平・令 年 月 日まで	日間
	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 平・令 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	

(注) 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。 市区町村長名 (印)
--------------------	---

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日
被保険者 住 所
氏 名

酒フーズ健康保険組合 殿

受付日付印

◎記入方法は記入例をご覧ください。◎適正な給付決定処理を行う為に個人情報を利用させていただきます。

所 得 の 状 況

氏 名				
平成 年 中 の 所 得	公 的 年 金 <small>(老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)</small>	円	円	円
	給 与 <small>(パート収入等含)</small>	円	円	円
	年金・給与以外の所得 <small>() 所得 <収入－必要経費></small>	円	円	円

(注)

- 上記については、低所得 I の区分の適用を受けることを希望する場合について記入してください。低所得 I の区分は、被保険者及び全ての被扶養者の方全員が市町村民税非課税であって、被保険者及び全ての被扶養者の方それぞれの給与、年金等の収入から必要経費・控除額（年金については控除額 65 万円）を引いたとき各所得がいずれも 0 円となる場合に対象となります。
- 被保険者及び被扶養者の方全員について、それぞれの所得額を公的年金・給与・その他の所得に分けてご記入ください。
- 所得はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
- 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票等の所得が確認できる書類を添付してください。なお、所得額を確認できる書類がなく、かつ、所得を証明する書類が発行されていない所得については添付不要です。

申請上の注意事項

1. 市町村民税が非課税となっている者は、市町村民税非課税証明書を添付してください。
なお、注の欄に証明を受けた場合は、その添付の必要はありません。
2. 標準負担額の減額を受けられることにより、生活保護法の規定による要保護とならない者については、「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」（事業主、民生委員又は福祉事務所長の原本証明した写でも可）を添付して下さい。

酒フーズ健康保険組合
給付課 ダイヤルイン
☎ 03 (3552) 4005