

理事長	常務	事務局長	課長	係長	係

健康保険食事療養標準負担額減額申請書

被保険者証 記号番号		-					
被保険者	氏名	Ⓜ	事業所	名称			
	生年月日	年 月 日		所在地			
	住所	〒 TEL					
減額対象者	氏名		被保険者との続柄				
	生年月日	年 月 日					
長期入院		該当・非該当					
入院期間等の記録	1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	
			平成	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)	平成	年	月	日から	
			平成	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)	平成	年	月	日から	
			平成	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)	平成	年	月	日から	
			平成	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)	平成	年	月	日から		
		平成	年	月	日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

平成 年 月 日

市区町村が証明する欄	<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">市区町村長名 Ⓜ</p>
------------	---

健康保険標準負担額減額について

健康保険標準負担額減額認定証は、保険医療機関等に入院する際に、被保険者証に添えて提出してください。

		一日当たりの 標準負担額	
1	一 般	780円	
2	市町村民税非課税者	申請を行った月以前1年間に入院日数が90日以下(長期非該当者)	650円
		申請を行った月以前1年間に入院日数が90日超(長期該当者)	500円
3	2のうち、所得が一定の基準に満たない高齢受給者 等	300円	

- 有効期限後も該当される方は、再度申請願います。
- 保険医療機関等で申請月以前1年間に入院日数が90日を超えた場合、長期該当者になりさらに負担額が減額されますので、再度申請願います。
- 以下の場合には、認定証を返納して下さい。
 - ・被保険者の資格がなくなったとき
 - ・被扶養者でなくなったとき
 - ・減額認定の条件に該当しなくなったとき
 - ・有効期限に達したとき
 - ・75歳になったとき