

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	9000 - 7				
被保険者	氏名	健保一郎 印	事業所	名称	〇〇〇〇株式会社
	生年月日	S〇〇年〇月〇日		所在地	港区芝公園△-△
	住所	〒111-1111 台東区上野△-△ TEL 03-1234-567			
減額対象者	氏名	健保次郎	被保険者との続柄	長男	
	生年月日	H〇〇年〇月〇日			
長期入院	〇〇〇・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 22年 1月 1日から 平成 22年 1月 15日まで 15日間		
		入院をした保険医療機関等	名称	〇〇〇病院	
			所在地	台東区浅草△-△-△	
	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	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
------------	--

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