

被保険者
家 族

健康保険標準負担額減額申請書

※ 認 定 証 交 付 伺	同 年 月 日	西 曆 年 月 日	常務理事	事務長		
	決 裁 年 月 日	西 曆 年 月 日				
	認 定 年 月 日	西 曆 年 月 日	発 行 年 月 日	西 曆 年 月 日		
	取 得	西 曆 年 月 日	喪 失	西 曆 年 月 日		
	長 期 該 当 年 月 日	西 曆 年 月 日	被 扶 養 者 認 定 年 月 日	西 曆 年 月 日		
規則45条の3各号 に該当した年月日	西 曆 年 月 日	90日を超えた日	西 曆 年 月 日	却 下 年 月 日	西 曆 年 月 日	

(注 意 事 項)

1. ①欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
 2. ②欄は、該当する文字を丸で囲んでください。
 3. ③欄と④欄の印は、ハッキリ押してください。また①から⑤までの訂正箇所には、⑨欄と同じ印を押してください。
 4. ⑤欄の長期該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収証（入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は、入院期間に係る保険医療機関等の証する書類）を添付してください。
 5. 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。（注の欄に証明を受けた場合は、添付の必要はありません）
 6. 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の長の本証明した写でも可）を添付してください。
 7. ※印の欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	② 事業所の名称				
	③ 減額対象者の	氏名	生年 月日	年 月 日	続 柄	
		住所	〒		④ 長期入院	該当・非該当
	⑤ 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下さい。				⑥ 入院日数合計 日 間	
	(1)	申請日の前1年間の入院期間(日数)	西 曆 年 月 日 から	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)	西 曆 年 月 日 から	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)	西 曆 年 月 日 から	日 間		
		入院をした保険医療機関等	名 称	所在地		
備考欄		※記号番号に代えて個人番号により申請する場合は備考欄に記載。（記載した場合は添付書類必要。）				
上記のとおり関係書類を添えて健康保険標準負担額減額認定証の交付を申請します。 ⑦ 住 所 〒 西 曆 年 月 日 被 保 険 者 の _____ 氏 名 イトーキ健康保険組合 殿 ⑧ 電 話 ()						
(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。 ⑩ 市区町村長名				