

(この申請は被保険者が市区町村民税非課税者の方に限ります)

健康保険標準負担額減額について

標準負担額の軽減措置を受ける場合は「健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書」に低所得の証明書を添付してください。ただし、減額申請書に証明を受けた場合は、その添付の必要はありません。

申請が認められると「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」が交付されますから、被保険者証と認定証を医療機関の窓口へ提示することで標準負担額の軽減措置がうけられます。

低所得の証明は、低所得者世帯（住民税の非課税世帯）の人については、住所地の市区役所または、町村役場等で証明を受けた住民税の非課税証明、所得が一定基準に満たない場合は非課税証明に給与や年金の源泉徴収票、生活保護法の要保護者については、福祉事務所長が行う標準負担額認定該当の証明が必要となります。

一食当たりの 標準負担額

1	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）	210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）	160円
2	1のうち、所得が一定の基準に満たない高齢受給者等		100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

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

市区町村民税
非課税などの
低所得者用

被保険者証 記号・番号		—		事業所	名称	
被保険者	氏名	(印)			所在地	
	生年月日	昭平	年 月 日			
	住所	〒				TEL ()
適用対象者 <small>(使用する方)</small>	氏名			被保険者との 続柄		
	生年月日	昭平	年 月 日			
長期入院 (※)		該当 ・ 非該当				

※長期入院とは過去1年間の入院日数が90日間を超える場合。

★ここから下は長期入院で『該当』と答えた方のみご記入ください。

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	日間	
		入院した医療機関等	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	日間	
		入院した医療機関等	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	日間		
	入院した医療機関等	名称						
		所在地						

★入院期間を証明する書類 (入院期間が記載されている病院の領収書等) を添付してください。

上記の通り関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者には 年度の市 (区) 町村民税が課税されないことを証明する。 市区町村長名 (印)
-----------------	---

受付日付印