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

	1			2		
被	保険	者(申請	者)	記入	用

健	常務理事	事務長	担当者
健 保 記			
<u>八</u> 欄			

		_		_		_		_	_		_	_		
被		記号			番号	클				生年月日		年	月	日
被保険	被保険者証の									口昭和				
】 者 情報	(右づめ)									□平成		年	月	日
報		(- 11 - 1 + 1								□ 令和				-
		(フリガナ)								店番		店名	3	
	氏名													
	住所	(〒	_)			都道						
								(府)(県)						
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	())										
製														
定	療養を受ける方	氏名							生年 月日	□ 平成	:	年	月	日
定対象										□ 令和		<u>'</u>		
者	療養予定期間	令和	年	月	~ :	令和	年	J.	1					
作料	療養する方は、	長期入院	されましたか。				ロはい		「はい	りと答えた場	合、2ペー	·ジ「長	期入院欄口	に申請を
	※長期入院とは、申 ことです。ただし、						□いいえ	,		た月以前1年間				
														$\overline{}$
希	希質	望送 付	先	いづれかにの結己入ください 勤者				務先 ・ 自宅 ・ その他						
	.,, _	~~												
望送付				〒	_					電話	()	
付	その他のと	ころに	住所											
先	送付希望す													
	の送付先		宛名							1	続柄			
			7U-D							"	1061113			
												_		
L	記のとおり健康	况吟阳亩	姑'帝田,振淮名	5 +0 安石 (14	: ga = p 📥	·≣T ∧ ₹	5 <i>4+5</i> .由註1	±+	_	和 年	三月		日	
	正のこのり健康	体映帐及	贺 週用 □ 惊华县	2.担积测	(。記しノン	くりを中間し	ン まり。	יד	和一	- /-		П	
														(R2.12)
													受付日付日	印
ተተ	保険者証の記	무쬬무!=	伏き ブラフエト	, (° . 1)	- F1.1 cb	きませっ	·坦△!+ <i>6</i>	= 平地	- = = 1	しノガニナロ、				
	1未映者証の記 7イナンバーを記				-						,			
					_									
	備考欄													

健康保険 限度額適用・ 申請書 標準負担額減額認定

市区町村民税 非課税などの 低所得者用

2 被保険者(申請者)記入用

長期入院欄		請を行った月以前 :間の入院日数合計	日間									
		申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)		年	月	日	から	年	月	日まで	日間	
		入院した 保険医療機関等	名称									
			所在地									
	2	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)		年	月	日	から	年	月	日まで	日間	
		入院した 保険医療機関等	名称									
			所在地									
	3	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)		年	月	日	から	年	月	日まで	日間	
		入院した 保険医療機関等	名称									
			所在地									
		申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)		年	月	日	から	年	月	日まで	日間	
		入院した	名称									
		保険医療機関等	所在地									
		申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)		年	月	日	から	年	月	日まで	日間	
		入院した	名称									
		保険医療機関等	所在地									

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①~③のいずれかの方法により申出を行ってください。

JO	- 1	(非	.)	課税	!証明	原ス	本の添付	

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付して下さい。 ※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の「(非)課税証明書」を添付ください。

□ ②市区町村長からの証明

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より証明を受けてください。

市区町村長が当該被保険者は平成 年度の

証明する欄 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

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。

□ ③マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望

被保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。

1月1日の 住民票住所

※平成28年8月~平成29年7月診療分は、平成28年1月1日の住所を、平成29年8月~平成30年7月診療分は平成29年1月1日の住所を記入してください。

印