

市町村民税非課税者の場合

健康保険 限度額適用・標準 ※黄色部分のみご記入ください (市町村民税非課税者用)

太枠内を記入ください

令和〇年〇月〇日

被保険者等記号・番号	〇〇〇・〇〇〇	事業所	大阪本社・東京本社・退職済	
被保険者	氏名	健保 太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日 平成〇年〇月〇日
対象者	氏名	健保 花子	生年月日	昭和〇年〇月〇日 平成〇年〇月〇日 令和
	被保険者との続柄	妻	長期入院	該当・非該当
被保険者(減額対象者)の住所	〒530-0005 ※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください 大阪府大阪市北区中之島〇-〇-〇 〇〇マンション〇号室 TEL (06) 〇〇〇〇-〇〇〇〇			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和〇年〇月〇日から 平成・令和〇年〇月〇日まで	〇〇日間	
	入院をした保険医療機関等	名称 〇〇病院 所在地 大阪府大阪市北区中之島〇-〇-〇		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 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・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地		
入院日数合計			〇〇日間	

交付年月日

市区町村長が
証明する欄

※市区町村長記入欄

◎申請時の添付書類

- この申請書には次のいずれかの証明書等(入院した月の属する年度分。なお、4月から7月入院分については、前年度分。)を添付してください。
(1)市区町村長の非課税証明書。ただし、この申請書の証明欄に市区町村長の証明を受けている場合は、添付の必要はありません。
(2)福祉事務所長の「限度額適用・標準負担額減額認定該当(C)」と記載された保護申請却下通知書もしくは保護廃止決定通知書またはこれらの写に事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明したもの。
- 長期入院(申請日の前1年間に減額対象者としての入院日数が90日を超える場合)による申請をする場合は、その入院期間(日数)を確認できる保険医療機関等の領収書等を添付してください。
- 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。