受付No.

【お願い】この申請書は、限度額適用・食事療養標準負担額減額対象者毎にご提出ください。

常務理事	事 務 長	業務課長	課長代行	係　長	係

健康保険　限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書

被保険者証記号・番号			事業所名称	
被保険者	氏　名	（印）		
	生年月日	年　月　日生		
減額対象者	氏　名		被保険者との続柄	
	生年月日	年　月　日生		
被保険者の住所	〒			
長期入院	該　当　・　非該当			

①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	平成　年　月　日 平成　年　月　日	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）	平成　年　月　日 平成　年　月　日	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 平成　年　月　日	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 平成　年　月　日	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 平成　年　月　日	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称 所在地	

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。 市（区）町村長名　　（印）

✧　この申請は、市（区）町村民税非課税の者、若しくは、標準負担額の減額を受けなければ生活保護法の規定による要保護者となる者が対象となります。

✧　添付書類　（長期入院含まず）非課税証明書等低所得の証明　（長期入院含む）非課税証明書等低所得の証明・入院期間標準負担額を証明する領収書の写し　（長期入院のみ）既に交付済の標準負担額減額認定書・入院期間標準負担額を証明する領収書の写し

※食事療養標準負担額減額申請書の市（区）町村長の証明がある場合には、別紙非課税証明書を添付する必要はありません。

✧　長期入院について　低所得者であって標準負担額申請を行った月以前の１２月以内の入院日数（減額対象者としての日数に限る）が９０日を超えるものを指します。

上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

伊藤忠連合健康保険組合　理事長　殿