常務理事	事務局

（被保険者の市区町村民税が非課税の方用）

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

申請日	年	月	日

【被保険者欄】

記号・番号	－	事業所の名称		社員番号	
被保険者氏名		生年月日	□ 昭和 □ 平成 年 月 日		
被保険者住所	〒 － （TEL － － ）				
交付希望者氏名		続柄			
生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月	年齢			

【会社での受取りが困難な場合の発送希望先住所】

住所	〒 － （TEL － － ）
氏名	

※申請日の前1年間の非課税期間の入院期間の日数が、既に90日を超えている場合は長期該当となります。

長期入院	（過去1年間に入院期間が90日を超える）	□ 非該当 □ 該当	（入院日数合計 日）

※上記で長期入院に該当の場合は、下記に記入し当該期間の領収書（写）を添付してください。

申請日の前1年間の入院期間	①申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	
	②申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	
	③申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	

＜添付書類＞

※市区町村民税が非課税の場合は**非課税証明書**を添付してください。

（申請該当月が1月～7月迄の期間は前年度分、8月～12月迄は当年度分）

なお、非課税証明書の添付がない場合は以下の市区町村長が証明する欄に市区町村にて証明してもらってください。

※認定証の有効期限は、申請日の属する月の1日～最初の7月31日迄です。

（8月1日以降も認定証が必要な場合、改めて新年度の非課税証明を添付した申請が必要です）

		受付日
市区町村長が証明する欄	当該被保険者は、　　年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村町長名	

上記の通り申請いたします。　　令和　年　月　日　申請

帝人グループ健康保険組合理事長殿