

交付年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
回収・滅失届年月日	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ

※健保使用欄				
常務理事	事務長	係員	係員	担当

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

令和 年 月 日 提出

被保険者	記号・番号	記号	番号
	氏名	氏	名
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	住所	〒 -	
減額認定証交付対象者	氏名	氏	名
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄
	療養を受ける医療機関	名称	
		住所	
	認定証必要期間(見込)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	傷病の原因は外傷性によるものですか？	はい・いいえ	はいの場合該当するものにチェック <input type="checkbox"/> 交通事故(自損事故含む) <input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> その他
	国・市区町村の自己負担分に対する医療費助成(乳幼児・ひとり親等)を受けていますか？	はい・いいえ	はいの場合制度名を記入 ()
原則被保険者へ交付しますが、特に自宅等への送付を希望する事由がある場合は下記へ送付先をご記入ください。(医療機関へ直接送ることはできません)			
減額認定証送付先 住所		〒 -	
氏名		被保険者との続柄	

長期入院 ※申請月以前1年間90日を超えて入院されていること (市(区)町村民税が課されていない期間)		該当・非該当	
ここから下は長期入院該当者として申請する者のみ 記入してください。			入院日数合計(日間)
申請日以前1年間の入院期間		入院をした医療機関等	
①	平・令 年 月 日	名称	
	平・令 年 月 日 日間	所在地	
②	平・令 年 月 日	名称	
	平・令 年 月 日 日間	所在地	
③	平・令 年 月 日	名称	
	平・令 年 月 日 日間	所在地	
④	平・令 年 月 日	名称	
	平・令 年 月 日 日間	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医療機関の領収書等)を添付してください。
上記のとおり、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

<被保険者が市区町村民税非課税者>

市(区)町村民税非課税の被保険者は市区町村長の証明を受けるか非課税証明書を添付してください。

が市 証区 欄明町 す村 る長	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。 令和 年 月 日 市区町村長 (印)
-----------------------------	---

※被保険者の非課税証明書(4~7月診療分までは前年度。8月~翌3月診療分については当年度)

この申請書は、市(区)町村民税も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です。

- 提出先(在籍者):本人 ⇒ 所属会社の社会保険事務担当者 ⇒ サクサ健康保険組合
- 提出先(任意継続被保険者):本人 ⇒ サクサ健康保険組合
- 添付書類:被保険者の非課税証明書(4~7月診療分までは前年度。8月~翌3月診療分については当年度)
長期入院に該当する場合は、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている医療機関の領収書等)を添付してください。
※すでに減額認定証の交付を受けている場合は、減額認定証を添付してください。
- 提出期限:すみやかに

