

(注意事項)

- この用紙は、入院時食事療養（生活療養）標準負担額の減額を受けるために保険医療機関等へ提出する「減額認定証」の交付を申請する用紙です。
- 減額対象者は、市区町村民税が課されない被保険者とその被扶養者です。
- 減額による負担額は、申請する前一年間の①入院期間が九十日に達する月の末日まで一食当たり二百十円、②その翌月の一日から一食当たり百六十円です。できるだけ事前に申請するようにしてください。

【添付書類】

（非課税証明書は、この申請書に証明を受けたときは不要です。）

①の申請をするとき ア・被保険者証 イ・非課税証明書

②の申請をするとき ア・被保険者証 イ・入院期間を確認できる書類（領収書等） ウ・減額認定証（交付を受けていないときは非課税証明書）

同年月日	令和 年 月 日	専務理事	常務理事	業務部長	給付課長	係長	係
執行年月日	令和 年 月 日						
認定証交付決議書	交付番号	第 号		資格	取得	年 月 日	
	交付する認定証の	発行年月日	令和 年 月 日		喪失	年 月 日	
	有効期限	令和 年 月 日	長期入院 該	令和 年 月 日	長期入院	該当 非該当	摘要

健康保険(本人・家族) 標準負担額減額申請書

被保険者証の	記号 番号	事業所	名称 所在地
被保険者氏名	本人との続柄()		生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
減額対象者氏名	本人との続柄()		生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
被保険者(減額対象者)の住所	〒 TEL ()		
長期入院(該当する方を○で囲んでください。)	非該当	(下記の長期入院に該当しないとき。)	
	該当	(減額対象者であって、申請の前1年間の入院期間が90日を超えるとき。なお、入院経過を下欄に記入してください。)	
申請日の前1年間に入院した保険医療機関等 (入院していた医療機関ごとに記入してください。)		入院期間 (日数) (左記の医療機関の入院期間を記入してください。)	
①	名称	令和 年 月 日から	日間
	所在地	令和 年 月 日まで	
②	名称	令和 年 月 日から	日間
	所在地	令和 年 月 日まで	
③	名称	令和 年 月 日から	日間
	所在地	令和 年 月 日まで	
④	名称	令和 年 月 日から	日間
	所在地	令和 年 月 日まで	
⑤	名称	令和 年 月 日から	日間
	所在地	令和 年 月 日まで	

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には、令和 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 市区町村長名 ㊟
-------------	---

受付日付印

東京貨物運送健康保険組合