年　月 承　認	常務理事	事 務 長	担 当 者

健康保険限度額適用・標準負担額認定申請書

被保険者証記号・番号		ー			
被保険者	氏　名		事業所	名　称	
	生年月日	年　月　日		所在地	
減額対象者	氏　名		被保険者との続柄		
	生年月日	年　月　日	性　別	男　・　女	
被保険者（減額対象者）の住所					

長 期 入 院	該 当 ・ 非該当			
ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入して下さい。			入院日数合計 （　日間）	
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）	令和　年　月　日 から 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）	令和　年　月　日 から 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		
④	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）	令和　年　月　日 から 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		
備　考				

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担減額認定証の交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

クラシエ健康保険組合　御　中

(注) 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事を証明する。 市区町村長名　　㊞

各付年月日

（高齢受給者低所得者Ⅰ判定）

所　　得　　の　　状　　況				
氏　　名				
平成　年中の所得	**公的年金** （老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等）	円	円	円
	給　　与 （パート収入等含）	円	円	円
	年金・給与以外の所得 （　　）所得 ＜収入－必要経費＞	円	円	円

（注）

・上記については、低所得Ⅰの区分の適用を受けることを希望する場合について記入してください。低所得Ⅰの区分は、被保険者及び全ての被扶養者の方全員が市町村民税非課税であって、被保険者及び全ての被扶養者の方それぞれの給与、年金等の収入から必要経費・控除額（年金については控除額６５万円）を引いたとき各所得がいずれも０円となる場合に対象になります。

・被保険者及び被扶養者の方全員について、それぞれの所得額を公的年金・給与・その他の所得に分けてご記入ください。

・所得は全すべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等など）は除きます。

・公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票等の所得が確認できる書類を添付して下さい。なお、所得額を確認できる書類がなく、かつ、所得額を証明する書類が発行されていない所得については添付不要です。