

常務理事	事務長	担当者

健康保険食事療養標準負担額減額申請書

※和暦でご記入下さい。

被保険者証の記号番号		記号		番号	
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
被保険者の住所		〒			
標準負担額の減額の別		<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村民税非課税者 ・ 標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者 			
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)		年 月 日から 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)		年 月 日から 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)		年 月 日から 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)		年 月 日から 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)		年 月 日から 年 月 日まで 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。 年 月 日 市区町村長名 ㊟
-------------	---

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者の住所

氏名

㊟