

様式番号	
給	15

令和	年	月	日
部長	課長	扱	確認

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		—			
被保険者	氏名	(自署)		事業所	名称
	生年月日	S・H	年 月 日	所在地	
減額認定対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	S・H・R	年 月 日	認定日	S・H・R 年 月 日
被保険者(減額認定対象者)の住所					
受診区分		入院・外来・調剤・訪問看護			
入院予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
受診理由		1. ケガなど外傷によるもの 2. 私傷病によるもの			
長期入院		該当・非該当		適用区分 区分Ⅰ・区分Ⅱ	
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			
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。 令和 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名 (自署)					

※市区町村民税が非課税の方は、下記に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要になります。

市区町村長証明欄	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。 市区町村名 市区町村長名 (印)
----------	---

※4月~7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。

(この申請書に添えなければならない書類)

- 生活保護法における要保護者の場合は被保険者に係る福祉事務所長の「健康保険標準負担額減額認定該当」と記載された保護申請却下通知書の写に事業主・民生委員又は福祉事務所長が原本証明したもの
- 長期該当の場合は入院期間を確認できる書類も必要
- すでに減額認定証の交付をうけているものは減額認定証
- 受診理由がケガなど外傷性の場合は『傷害事故届(給11)』の添付が必要です(初回申請時のみ)

交付年月日	令和 年 月 日
発行年月日	令和 年 月 日から
有効期限	令和 年 月 日まで
長期入院該当年月	令和 年 月 日

減額認定を却下した場合	
却下年月日	令和 年 月 日
却下理由	

(差 額 支 給)

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

支給額	支給年月日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日

差額不支給の理由