

健康保険 被保険者
被扶養者 食事療養標準負担額減額申請書
(市町村民税非課税世帯届)

常務理事	事務長	係

①と②に記入のうえ市区町村の証明(非課税証明書の添付でも可)を受けてください。
(※市町村民税非課税世帯届のみの場合は②の記入は必要ありません)

①	被保険者証	記号	事業所名称	
	記号・番号	番号	所 属	
	被保険者	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生
		住所	(〒 -)	

②	減額対象者	氏名	生年月日	S・H・R	年 月 日	続 柄	
		住所	(〒 -)				
		長期入院	該当(90日以上入院)		非該当(90日未満入院)		
	1	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	平成・令和	年 月 日から	平成・令和	年 月 日まで	日間
		入院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)	平成・令和	年 月 日から	平成・令和	年 月 日まで	日間
		入院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)	平成・令和	年 月 日から	平成・令和	年 月 日まで	日間
		入院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)	平成・令和	年 月 日から	平成・令和	年 月 日まで	日間
		入院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)	平成・令和	年 月 日から	平成・令和	年 月 日まで	日間
		入院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)町村税が課せられないことを証明する。
		市区長村長名 (印)

所 属	課長	係長	係