

決議書	資格取得日	年 月 日	伺い	年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	資格喪失日	年 月 日	決 済	年 月 日				
	申請理由	<input type="checkbox"/> 住民税非課税・所得無 <input type="checkbox"/> 生活保護却下・廃止		区分	備考			
	長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当						

※上、決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

**健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書** ※市町村民税非課税などの低所得者用

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿 次の通り申請します。

被保険者情報	フリガナ		年齢		被保険者等記号・番号			
	氏名							
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	申請者住所	〒	—			
	日中の連絡先	( )						

認定対象者	療養を受ける方の氏名		年齢		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	適用対象者は、長期入院されましたか。 ※長期入院とは申請を行った月以前1年間に、すでに90日を超えて入院されていることです。 ただし、市町村民税が課されていない期間の入院に限ります。				<input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合、2ページ目「長期入院欄」に、該当する入院期間をご記入ください。 <input type="checkbox"/> いいえ	
	希望送付先	〒		—	電話	— —

必要添付書類	
住民税非課税の方	被保険者の(非)課税証明書(原本)もしくは2ページ目に市町村長の証明
被保険者および被扶養者すべての所得がない方 ※所得とは収入から必要経費・控除額を引いたもの	被保険者および被扶養者全員の所得額が分かる書類(所得証明書など)(原本) 4月～7月診療分については前年度、8月～翌年3月診療分については当年度の証明
低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方	「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された、「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」
長期入院された方	入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収証など)

受付印日付

※認定後、入院期間が1年間に90日を超えた場合は、改めて申請し直していただく必要があります。

限度額適用・標準負担額減額認定申請書 2ページ目

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間		
	1 件 目 入院した 保険医療機関	名 称		
		所在地		
		入院期間	年 月 日から	年 月 日まで
	2 件 目 入院した 保険医療機関	名 称		
		所在地		
		入院期間	年 月 日から	年 月 日まで
	3 件 目 入院した 保険医療機関	名 称		
		所在地		
		入院期間	年 月 日から	年 月 日まで
	4 件 目 入院した 保険医療機関	名 称		
所在地				
入院期間		年 月 日から	年 月 日まで	日間
5 件 目 入院した 保険医療機関	名 称			
	所在地			
	入院期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間

※市町村民税が非課税の方は、下欄に市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です。

市町村長証明欄	令和 年 月 日
	当該被保険者(氏名 )は( 年度)の市町村民税が課税されないことを証明する。  市町村長名