

|           |      |
|-----------|------|
| 適用区分      | 才・低Ⅱ |
| 新 規 ・ 継 続 |      |

|      |     |    |     |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 担当者 |
|      |     |    |     |

【市区町村民税非課税者などの低所得者用】

|                         |         |                       |   |          |           |
|-------------------------|---------|-----------------------|---|----------|-----------|
| 被保険者証の記号・番号             |         | 記 号                   |   | 番 号      |           |
| 被 保 険 者                 | 氏 名     | 印                     |   |          |           |
|                         | 生 年 月 日 | 昭 和・平 成               | 年 | 月        | 日         |
| 事 業 所                   | 名 称     |                       |   |          |           |
|                         | 所 在 地   |                       |   |          |           |
| 減額対象者<br>(被保険者の場合は記入不要) | 氏 名     |                       |   | 被保険者との続柄 |           |
|                         | 生 年 月 日 | 昭 和・平 成・令 和           | 年 | 月        | 日 性 別 男・女 |
| 被保険者(減額対象者)の住所          |         | 〒<br><br>( )          |   |          |           |
| 療養予定期間                  |         | 令 和 年 月 日 ~ 令 和 年 月 日 |   |          |           |

|                                |                   |                |                          |  |     |
|--------------------------------|-------------------|----------------|--------------------------|--|-----|
| 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ください。 |                   |                | 入 院 日 数 合 計 (      日 間 ) |  |     |
| ①                              | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年    月    日 から |                          |  | 日 間 |
|                                |                   | 年    月    日 まで |                          |  |     |
|                                | 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 |                          |  | 日 間 |
|                                |                   | 年    月    日 まで |                          |  |     |
|                                | 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 |                          |  | 日 間 |
|                                |                   | 年    月    日 まで |                          |  |     |
|                                | 入院をした保険医療機関等      | 名 称            |                          |  |     |
|                                |                   | 所在地            |                          |  |     |

|                           |          |           |
|---------------------------|----------|-----------|
| 送付希望先<br>(いずれかに○印を付けて下さい) | 1. 事業所あて | 2. 被保険者あて |
|---------------------------|----------|-----------|

令和 年 月 日 提出

|                        |                                             |
|------------------------|---------------------------------------------|
| 市区町村長<br>が証明する<br>欄(※) | 当該被保険者には、平成      年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。  |
|                        | 令和    年    月    日                           |
|                        | 市区町村長名 <span style="float: right;">印</span> |

●4月から7月診療分については、前年度の非課税証明書を、8月から翌年3月診療分については、当年度の非課税証明書を添付して下さい。ただし、(※)欄に市区町村長の証明を受けた場合は添付の必要はありません。

①減額認定証の有効期限は、健康保険組合が申請書を受付した月の初日(ただし、申請のあった月に資格取得した方又は被扶養者となった方については、その資格取得日又は扶養認定日となります。)から最初に訪れる7月末日までとなります。

②通勤災害・第三者行為による場合は、健康保険組合までご連絡下さい。