受付	令和　　年　　月　　日		
決定	令和　　年　　月　　日		
月額	千円	区分	

常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険限度額適用･標準負担額減額認定申請書
(高額療養費現物給付用)

被保険者証記号番号	記号　　第　　号				
被保険者	氏　　名	印	事業所	名　称	
	生 年 月 日	年　　月　　日		所在地	
減額対象者 (療養を受ける者)	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（又は減額対象者）の住所	〒　　－				

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下さい。

入院日数合計	（　　日間）

長期該当者記入欄				
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		

上記のとおり､高額療養費現物給付扱い（保険医療機関の窓口支払額を自己負担限度額までの扱い）のために､関係書類を添えて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

(注) 市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。 市区町村長名　　印

受付年月日

作成時注意事項　被保険者が療養を受ける場合は､減額対象者欄を省略して下さい。

添付する書類
(1) 区市町村民税が非課税となっているものであって、（注）の欄に証明が受けられない場合は、区市町村民税非課税証明書等
(2) 標準負担額の減額をうけられることにより、生活保護法の規定による要保護とならない者については、「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等
(3) 長期該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収書等

東京都金属プレス工業健康保険組合