伺年月日	令和　年　月　日	専務理事	常務理事	事務長	業務部長	給付課長	係長
執行年月日	令和　年　月　日						
認定証交付決議書 交付番号	第　号						

交付する認定証の					
発行年月日	令和　年　月　日	資格	取得	年　月　日	
有効期限	令和　年　月　日		喪失	年　月　日	
長期入院該当	令和　年　月　日	長期入院	該当 非該当	摘要	

健康保険(本人・家族) **標準負担額減額申請書**

被保険者等	記号		事業所	名称	
	番号			所在地	
被保険者氏名			生年月日	大・昭・平・令　年　月　日	
減額対象者氏名	本人との続柄(　)		生年月日	大・昭・平・令　年　月　日	
被保険者(減額対象者)の住所	〒 TEL　(　)				
長期入院(該当する方を○で囲んでください。)	非該当	(下記の長期入院に該当しないとき。)			
	該当	(減額対象者であって、申請の前1年間の入院期間が90日を超えるとき。なお、入院経過を下欄に記入してください。)			

申請日の前1年間に入院した保険医療機関等 (入院していた医療機関ごとに記入してください。)			入院期間　(日数) (左記の医療機関の入院期間を記入してください。)	
①	名称		令和　年　月　日から	
	所在地		令和　年　月　日まで	日間
②	名称		令和　年　月　日から	
	所在地		令和　年　月　日まで	日間
③	名称		令和　年　月　日から	
	所在地		令和　年　月　日まで	日間
④	名称		令和　年　月　日から	
	所在地		令和　年　月　日まで	日間
⑤	名称		令和　年　月　日から	
	所在地		令和　年　月　日まで	日間

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には、令和　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　㊞

受付日付印

東京貨物運送健康保険組合

(注意事項)

1　この用紙は、入院時食事療養(生活療養)標準負担額の減額を受けるために保険医療機関等へ提出する「減額認定証」の交付を申請する用紙です。

2　減額対象者は、市区町村民税が課されない被保険者とその被扶養者です。

3　減額による負担額は、申請する前一年間の①入院期間が九十日に達する月の末日まで一食当たり二百四十円。②その翌月の一日から一食当たり百九十円です。できるだけ事前に申請するようにしてください。

【添付書類】①の申請をするとき　・非課税証明書(この申請書に証明を受けたときは不要です)

②の申請をするとき　・入院期間を確認できる書類(領収書等)　・減額認定証(交付を受けていないときは非課税証明書かこの申請書に証明を受けたときは不要です)