令和　　年　　月　　日		
課長	係長	係

健康保険標準負担額減額申請書

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号	・				
記号番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください					
被保険者	氏名		事業所	名称	
	生年月日			所在地	
減額対象者	氏名		被保険者との続柄		
	生年月日				
被保険者（減額対象者）の住所					
長期入院	該当・非該当				
ここから下は長期該当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）	令和　年　月　日から 令和　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）	令和　年　月　日から 令和　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）	令和　年　月　日から 令和　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）	令和　年　月　日から 令和　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）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり関係書類を添えて健康保険標準負担額減額認定証の交付を申請します。

受付年月日

記入上の注意等

1. 被保険者等記号・番号は、「マイナポータルの資格確認画面」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」のいずれかでご確認ください。わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。
2. 標準負担額の減額を受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」（事業主、民生委員又は福祉事務所長の原本証明した写でも可）を添付してください。
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証（入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は入院期間に係る保険医療機関等の証する書類）を添付してください。

※	交付年月日	令和　年　月　日	発行年月日	令和　年　月　日
	規則第58条の各号に該当した年月日	平成 令和　年　月　日	90日を超えた日	平成 令和　年　月　日
	長期該当年月日	平成 令和　年　月　日	有効年月日	令和　年　月　日
	却下年月日	令和　年　月　日	発行番号	号
	備考欄			

※の欄は記入しないでください。

提出先住所　〒113-8566　東京都文京区湯島3-15-4　東京都電機健康保険組合　医療給付課