

◎ 記入するときの注意事項

1. **1** 欄

記入もれのないようにしてください。

2. **2** 欄

長期入院(申請日の前1年間に減額対象者としての入院日数が90日を超える場合)による申請をする場合は、その入院期間(日数)・保険医療機関等を記入してください。

◎ 添 付 書 類

1. 『健康保険標準負担額減額認定証』をお持ちの場合は添付してください。

2. この申請書には次の(1)または(2)のいずれかの証明書等を添付してください。〔入院した月の所属する年度分。4月から7月については前年度分〕。
ただし、(ア)・(イ)のいずれかの場合は、添付の必要はありません。

(ア) この申請書の**3** 欄の証明欄に市区町村長の証明を受けている場合。

(イ) すでに減額認定を受けている場合で、同一年度内において「入院日数が90日を越える(長期入院該当)」のため再度申請する場合。

(1) 『市区町村長の非課税証明書』

(2) 福祉事務所の『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又はその写に事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明したもの。

3. 長期入院(申請日の前1年間に減額対象者として入院期間が90日を超える場合)による申請をする場合は「入院期間を確認出来る領収書等」を添付してください。

【提出先】

〒542-0081

大阪市中央区南船場1-12-27

大 阪 金 属 問 屋 健 康 保 険 組 合

記載方法等でおわかりにくいことがありましたら、当組合業務課
(TEL:06-6271-0651)までおたずねください。