

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号・番号		記号		番号	
被保険者	氏名			事業所名称	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		
対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女
	外来・入院(予定)日	令和 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)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 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 令和	年 年	月 月	日から 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 令和	年 年	月 月	日から 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 令和	年 年	月 月	日から 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 令和	年 年	月 月	日から 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限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

(注) 市区町村長が 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。
	市区町村名
	印

