

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 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険の記号番号							
	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	氏 名	印		被保険者との続柄			
		生年月日	年	月	日	性 別	男 ・ 女	
	被保険者(減額対象者)の住所							
	長 期 入 院	該 当	・	非 該 当	入院合計日数	日間		
	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。							
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 平成	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)		平成 平成	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)		平成 平成	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)		平成 平成	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)		平成 平成	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。

平成 年 月 日

証 明 す る 欄 が	市区町村長が	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