

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	記号		番号		氏名		生年月日	年	月	日
	所属	事業所名称(会社名)								
		事業所所在地								

◆減額対象者の方についてご記入下さい。

減額対象者	氏名		生年月日	年	月	日	続柄		性別	男・女
	減額対象者の住所		〒 -							
	長期入院		該 当 ・ 非 該 当							

◆以下は長期該当者として申請する方のみを記入してください。

入院日数合計	日間	
申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から	日間
	年 月 日 まで	
入院をした保険医療機関等	名 称	
	所在地	
申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から	日間
	年 月 日 まで	
入院をした保険医療機関等	名 称	
	所在地	
申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から	日間
	年 月 日 まで	
入院をした保険医療機関等	名 称	
	所在地	
申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から	日間
	年 月 日 まで	
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・標準負担額認定証の交付を申請いたします

年 月 日

市区町村証明欄	当該被保険者には_____年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。
	市区町村長名 印

