## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

常務理事	事務長	担当者

Jula	記号		番号	氏 名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者	111	事業所名称 (会社名)							
者	所属	事業所 所在地	Ŧ	_					

◆減額対象者の方についてご記入下さい。

減額	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	性別	男	女
<b>額対象者</b>	減額対象者 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ご記入下さい。

日間			月りるカッチをこれへ	,,,,,	1		
日間   日間   日間   日間   日間   日間   日間   日間	入院日数合計			日間			
			令和	年	月	日 から	日間
中請日の前1年間			令和	年	月	日 まで	H [R]
申請日の前1年間	入院をした	名称					
日間	保険医療機関等	所在地					
の人院をした 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)   令和 令和 令和 年 月 日 日 日間     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)   令和 令和 年 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日			令和	年	月	日から	日間
(保険医療機関等 所在地	の入院期間(日	3数)	令和	年	月	日まで	H [R]
申請日の前1年間		名称					
日間	保険医療機関等	所在地					
分配 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) 令和 年 月 日から 令和 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) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで   入院をした 保険医療機関等 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで   入院をした 保険医療機関等 名称			令和	年	月	日から	日間
Right R	の入院期間(日	3数)	令和	年	月	日まで	⊢ [#]
財産地   中請日の前1年間 の入院期間(日数) 令和 年 月 日から 日間   入院をした 保険医療機関等		名称					
中間 1 0 同日 中間 の入院期間(日数) 令和 年 月 日まで   入院をした 保険医療機関等 所在地   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   入院をした 名称 日間	保険医療機関等	所在地					
ACM (保険医療機関等) 令和 年 月 日まで   AR (保険医療機関等) 所在地   申請日の前1年間 の入院期間(日数) 令和 年 月 日から 日間   AR (保険医療機関等) 令和 年 月 日まで			令和	年	月	日から	日間
	の入院期間(日	数)	令和	年	月	日まで	H lift
申請日の前1年間 の入院期間(日数) 令和 年 月 日 から 令和 日間   入院をした (保険医療機器関係) 名称		名称					
Fig 10 fil 1 + ii color: lighter; li	保険医療機関等	所在地					
の人院期間(ロ数) 令和 年 月 日まで 入院をした 名称			令和	年	月	日から	日間
へ)になした   口   屋   房   機   目   位	の入院期間(目	数)	令和	年	月	日まで	□ [H]
保険医療機関等所在地		名称					
	保険医療機関等	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。

			令和	年	月	目
市区町村	当該保険者には	年度の市(区)師	丁村民税が課	せられない	いことを証明	する。
証明欄	市区町村長名				印	

