

# 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		—			
被保険者	氏名	印		事業所	名称
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
減額対象者	氏名	印		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
被保険者(減額対象者)の住所		〒			
		Tel — —			

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ください。					入院日数合計 ( 日間 )
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年	月	日 から
		平成・令和	年	月	日 まで
	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・令和	年	月	日 から
		平成・令和	年	月	日 まで
	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・令和	年	月	日 から
		平成・令和	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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

市区町村が証明する欄	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。 市区町村長名 印
------------	---

※ 被保険者が非課税の場合、非課税証明書原本を添付または上記へ市区町村の証明を受けてご提出ください。

◎ 資格がなくなった方、有効期限切れなどで認定証が不要になった場合は、必ず組合までご返却ください。

下記の欄は記入しないでください

受 付

適用区分	オ	処理				
標準報酬月額	千円		部長	課長	主任	係
発効年月日	・	・				
有効期限	・	・				