

| | | | | | | |
|------|------|----|----|------|----|---|
| 常務理事 | 事務局長 | 部長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| | | | | | | |

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| | | | | | | |
|----------------|------|---|---|---|----------|-------|
| 被保険者証の記号番号 | | - | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | Ⓢ | | | 事業所 | 名称 |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 住所 | |
| 適用対象者 | 氏名 | | | | 被保険者との続柄 | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者(適用対象者)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 年 月 日から | 日間 | | | |
| | | 平成 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 年 月 日から | 日間 | | | |
| | | 平成 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 年 月 日から | 日間 | | | |
| | | 平成 年 月 日まで | | | | |
| 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 年 月 日から | 日間 | | | |
| | | 平成 年 月 日まで | | | | |
| 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 年 月 日から | 日間 | | | |
| | | 平成 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。

平成 年 月 日

| | |
|----------------------------|------------------------------------|
| (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 |

受付日付印