

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

決 裁			
常務理事	事務長	所属長	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 者	被保険者証 記号・番号		16 -	取得年月日	昭・平・令 年 月 日	
	事業所名称					
	被保険者	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	
	対 象 者	氏名				性別
生年月日		昭・平・令 年 月 日			続柄	
住所・TEL		〒 - TEL ()				
入 院 記 欄	長期入院 (通算90日以上)		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下さい。			入院日数合計()日		
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間		
			令和 年 月 日まで			
②	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)	令和 年 月 日から	日間			
		令和 年 月 日まで				
欄	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。						
令和 年 月 日 被保険者 氏名						

(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 ㊞
------------------------	--

↑ 非課税証明書添付の場合は上記証明は不要です。

健 保 記 入 欄	交付年月日	令和 年 月 日
	発効年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日

受付年月日

※ 被保険者の非課税証明書を添えて、提出してください。