

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 01 - 123456	取得年月日	平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日	
	事業所名称		山崎製パン株式会社			
	被保険者	氏名	健康 花子	生年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	
	保 険 者 対 象 者	氏名	被保険者本人		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日		昭・平・令 年 月 日		続柄		
住所・TEL		〒 000-0000 TEL 000 (00) 0000 東京都〇〇区×× 1-2-3				
入 院 記 録	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			
			令和 年 月 日まで			日間
	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			
			令和 年 月 日まで			日間
	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 〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者 氏名 健康 花子						

(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。