

(勤務先の健保担当窓口へご提出ください)

受付日付印

事業主印

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	健康保険証	記号	事業所名称					
		番号						
保 険 者	被保険者氏名	⑩		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	減額対象者氏名	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
入 院 記 録	被保険者住所	(〒)						
	①	申請日の前1年間の入院期間	平成・令和 年 月 日 から		平成・令和 年 月 日 まで		日間	
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	平成・令和 年 月 日 から		平成・令和 年 月 日 まで		日間		
	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	平成・令和 年 月 日 から		平成・令和 年 月 日 まで		日間		
	入院をした保険医療機関等	名称						
所在地								
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ていないことを証明する。 市区町村長名 ⑩						
組 合 記 入 欄	承認No.	長期入院	該 当	該当年月日	令和 年 月 日			
			非該当					
入 欄	発行年月日	令和 年 月 日		常務理事	事務長	主任	担当	
	有効期間	令和 年 月 日						