

(勤務先の健保担当窓口へご提出ください)

受付日付印

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

事業主担当者確認

申請者(被保険者)が作成したものである

被 保 険 者	健康保険証	記号 番号・枝番	事業所名称					
	被保険者氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
	減額対象者氏名 続柄・枝番	続柄 枝番		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
	被保険者住所	(〒)						
者 記 入 欄	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 ㊟						
組 合 記 入 欄	承認No.	長期入院	該 当 非該 当	該 当 年 月 日	令和 年 月 日			
	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						