

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者等の記号・番号		被保険者の氏名			
記号	番号				
事業所	名称				
	所在地				
減額対象者	氏名			続柄	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日
被保険者 (減額対象者)の住所		〒 -			

長期入院	該当 ・ 非該当						
※長期入院とは、申請月以前1年間ですでに90日を超えて入院されていることです。 ただし、市町村民税が課されていない期間の入院に限ります。							
長期入院に該当する方は下記をご記入ください。			入院日数合計 (日間)				
1	申請日前1年間の入院期間 (日数)		平・令	年	月	日から	日間
			平・令	年	月	日まで	
	入院した保険医療機関の		名称				
		所在地					
2	申請日前1年間の入院期間 (日数)		平・令	年	月	日から	日間
			平・令	年	月	日まで	
	入院した保険医療機関の		名称				
		所在地					
3	申請日前1年間の入院期間 (日数)		平・令	年	月	日から	日間
			平・令	年	月	日まで	
	入院した保険医療機関の		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。

※被保険者の非課税の場合、非課税証明書を添付または下記へ市区町村の証明を受けてください。

市区町村証明欄	当該被保険者 (氏名) には () 年度の 市区町村民税が課税されていないことを証明する。 <div style="text-align: center;">市区町村長氏名 印</div>
---------	---