健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書

申請年月日　　年　　月　　日

被保険者証記号番号			発効希望月	月	
被保険者	氏　名	印	事業所	名 称	
	生年月日	年　月　日		所在地	
対象者	氏　名	印		被保険者との続柄	
	生年月日	年　月　日		性 別	男　・　女
被保険者(減額対象者)の住所					

長期入院	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ください。			入院日数合計(　　日間)	
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
	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(日数)	令和　年　月　日から	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(日数)	令和　年　月　日から	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		
④	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
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		
⑤	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
	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。

(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　　印

受付年月日