

常務理事	事務長	業務課長	扱 者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者の 記号・番号	記号				番号			
被保険者の 氏名及び 生年月日	昭・平 年 月 日				事業所の 名称 所在地			
対象者の氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日				被保険者 との続柄	性別	男 ・ 女	
被保険者（減額 対象者の住所 及び電話番号	〒 TEL () -							

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）	年 月 日から		日間
	年 月 日まで		
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）	年 月 日から		日間
	年 月 日まで		
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）	年 月 日から		日間
	年 月 日まで		
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）	年 月 日から		日間
	年 月 日まで		
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）	年 月 日から		日間
	年 月 日まで		
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。
 ※住民税非課税の方は、被保険者の住民税の非課税証明書（原本）が必要です。ただし申請書の
 証明欄に記載を受けた場合は不要。
 ※長期入院（申請月以前の1年間で90日を超えて入院）される方は入院期間を証明する書類が必要
 です。詳しくは当健康保険組合へお問い合わせください。

（注） 市区町村長 が証明する 欄	当該被保険者には、令和_____年度の市（区）町村民税が課され
	ないことを証明する。
	市区町村長名 ㊟

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
標準報酬月額	千円
適用区分	才 II I

受 付 年 月 日

