

|      |     |    |     |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当者 |
|      |     |    |     |

健康保険限度額適用・標準負担額認定申請書

|                |         |       |          |       |  |
|----------------|---------|-------|----------|-------|--|
| 被保険者証記号・番号     |         | —     |          |       |  |
| 被 保 険 者        | 氏 名     | ㊞     | 事業所      | 名 称   |  |
|                | 生 年 月 日 | 年 月 日 |          | 所 在 地 |  |
| 減額対象者          | 氏 名     |       | 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下さい。 |                   |                          |    | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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・標準負担減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

健康保険組合 御 中

|                            |              |              |
|----------------------------|--------------|--------------|
| (注)<br>市区町村<br>長が証明<br>する欄 | 当該被保険者には     | 年度の市（区）町村民税が |
|                            | 課されない事を証明する。 |              |
|                            | 市区町村長名       | ㊞            |

