

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	京葉 太郎	事業所	名 称	○○○○○○
	生 年 月 日	平成○○年 4 月 1 日		所 在 地	○○県○○市○○町○○
減額対象者	氏 名	京葉 花子	被保険者との続柄		妻
	生 年 月 日	平成○○年 3 月 1 日	性 別		男 ・ 女
被保険者（減額対象者）の住所		千葉県千葉市○○区○○町 1 - 1			

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 ○○日間 令和 ○○年 ○○月 ○○日まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称	○×総合病院		
		所在地	○○県○○市○○町○○		
②	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 日間 令和 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）	令和 年 月 日から 日間 令和 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）	令和 年 月 日から 日間 令和 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）	令和 年 月 日から 日間 令和 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) 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
	課されない事を証明する。	
	市区町村長名	印

