

# 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

年 月 日 提出

被保険者証記号番号		-			
被保険者	氏名	印		事業所	名称
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		所在地	
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					
備考(送付先等)					

長期入院	該当 ・ 非該当	*長期該当者とは減額申請月以前の一年間の入院期間が90日を超えた場合に該当し、長期非該当者が長期該当者となった場合は再度提出が必要です。			
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 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)	年 月 日から 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)	年 月 日から 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)	年 月 日から 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)	年 月 日から 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)	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。
市区町村長が証明する欄	市区町村長名 <span style="float: right;">印</span>

