

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	主任	担当者	同年月日	令和	年	月	日
							適用区分	才・I・II			
交付の有無	有・無		交付年月日	令和			年	月	日	長期該当・長期非該当	
資格関係	令和			年	月	日	取得	※			
	令和			年	月	日	喪失				

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

令和 年 月 日 提出

1	被保険者等記号番号 (被保険者手帳記号番号)		(記号)	(番号)	備考	
	被保険者	氏名			事業所	名称
		生年月日	昭・平	年		月
	対象者	氏名			被保険者との続柄	
生年月日		昭・平・令	年	月	日	
被保険者(減額対象者)の住所 〒						

被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

2	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				
		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	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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

3	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。
		令和 年 月 日
		市区町村長名

受付年月日