

常務理事	部 長	課 長	課長代理	係 長	主 任	担当者	同年月日	平成 年 月 日
							適用区分	オ ・ I ・ II
交付の有無	有 ・ 無	交付年月日	平成 年 月 日			長期該当 ・ 長期非該当		
資格関係	平成 年 月 日 取得			備考				
	平成 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

平成 年 月 日 提出

1	被保険者証記号番号 (記号)		(番号)					
	被保険者	氏 名	◎		事業所	名 称		
		生年月日	昭・平 年 月 日			所在地		
	対象者	氏 名			被保険者との続柄			
		生年月日	昭・平 年 月 日		性 別	男 ・ 女		
被保険者(減額対象者)の住所								

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)		平成 年 月 日から 平成 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)		平成 年 月 日から 平成 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)		平成 年 月 日から 平成 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)		平成 年 月 日から 平成 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)		平成 年 月 日から 平成 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。

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。
		平成 年 月 日 市区町村長名 ◎

