

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	才・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	※			
	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 (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	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
被保険者(減額対象者)の住所							〒

被保険者証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)	平成	年	月	日から	日間
		平成	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)	平成	年	月	日から	日間
		平成	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)	平成	年	月	日から	日間
		平成	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)	平成	年	月	日から	日間
		平成	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)	平成	年	月	日から	日間
		平成	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。
		平成 年 月 日
		市区町村長名 Ⓜ

受付年月日