

課長	課長補佐	担当者

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		-	
被保険者	氏名		
	生年月日	年 月 日	日中連絡のつく電話番号
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（対象者）の住所		〒	

長期入院	該当 ・ 非該当		
ここから下は長期該当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）	令和 年 月 日から 令和 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）	令和 年 月 日から 令和 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）	令和 年 月 日から 令和 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）	令和 年 月 日から 令和 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）	令和 年 月 日から 令和 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。 令和 年 月 日

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。
	市区町村長名 印

※市区町村が交付する証明書を添付する場合には、上記の証明は必要ありません。

【健康保険組合処理欄】

受付年月日

被保険者資格取得年月日 (被扶養者認定年月日)
昭・平・令 年 月 日