

同年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日

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	記号・番号	-		
	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		
被保険者(対象者)の住所	〒			

長期入院		該当・非該当		入院日数合計(日間)
ここから下は長期該当者のみ記入してください。				
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	

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
-----------------	--

●市区町村が交付する証明書(※)を添付する場合は上記の証明は必要ありません。

※ 1月から7月診療分は、前年度の非課税証明  
8月から12月診療分は、今年度の非課税証明 } を添付してください。

【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)	標準報酬月額
昭・平・令 年 月 日	千円