

伺年月日	令和 年 月 日	課長	課長補佐	担当者
決裁年月日	令和 年 月 日			

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			
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		

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 } を添付してください。
8月から12月診療分は、今年度の非課税証明

【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