

伺年月日	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

被保険者証記号番号		123 - 311	
被保険者	氏名	東食 太郎	
	生年月日	昭和 60 年 6 月 6 日	
対象者	氏名	東食 花子	
	生年月日	昭和 63 年 7 月 7 日	
被保険者（対象者）の住所		〒 110-8611 東京都台東区東上野2丁目〇一△ ミラノマンション1010	

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