

決 裁	令和 年 月 日	常務理事	事務長	部長	課長	担当者
備 考						

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		氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日
住 所	〒 ー				
事業所名称		事業所 所在地			
減額対象者 氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
長期入院	該 当 ・ 非 該 当 (○を付してください。該当の方のみ下記①～⑤に記入してください。)				
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・ 令和 年 月 日から			日間
	入院をした保険医療機関等				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・ 令和 年 月 日から			日間
	入院をした保険医療機関等				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・ 令和 年 月 日から			日間
	入院をした保険医療機関等				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・ 令和 年 月 日から			日間
	入院をした保険医療機関等				
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・ 令和 年 月 日から			日間
	入院をした保険医療機関等				

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者には、平成・令和 年度の市区町村民税が課せられないことを証明する。 市区町村長名 ⑩
-----------------	---

・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、下記の備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--