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

被保険者等 記号・番号		氏　名		生年月日	昭・平 年　　月　　日
住　　所	〒　　－				
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	

非課税者の情報			
	診療月が１月から７月の場合	「診療月の**前年**１月１日時点」の住民票住所の	郵便番号　〒 市区町村名
	診療月が８月から 12 月の場合	「診療月の**当年**１月１日時点」の住民票住所の	郵便番号　〒 市区町村名

・被保険者等の記号番号がわからない場合にはマイナンバーを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	

・マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。