

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 | | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | | | | 事業所 | 名称 |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 所在地 |
| 適用認定対象者 | 氏名 | | | | 被保険者との続柄 | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 男 ・ 女 |
| 療養予定期間 (申請期間) | 令和 年 月 ~ 令和 年 月 | | | | | |
| 被保険者の住所 (右記住所に適用認定証を郵送いたします) *他の郵送先をご希望の場合は下記も記入してください | | 〒□□□□-□□□□ | | | | |
| この欄に記入がある場合は、 右記住所・宛名に適用認定証を郵送いたします | | 〒□□□□-□□□□ 住所 氏名(宛名) | | | | |

| | | | |
|--------------------------------|-------------------|--------------------|----|
| 長期入院 | 該当 ・ 非該当 | | |
| ここから下は長期該当者として申請する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) | 年 月 日から 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) | 年 月 日から 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) | 年 月 日から 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) | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 所在地 | |
| ⑤ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 所在地 | |

上記のとおり関係書類を添えて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。

| | |
|----------------------------|---|
| (注) 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。 市区町村名 |
|----------------------------|---|

