

(記入例)

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 (被保険者手帳記号番号)		〇〇-〇〇〇〇〇〇 (保険証の記号-番号)			
被保険者	氏名	健保 太郎 <input checked="" type="radio"/>	事業所	名称	株式会社 〇〇〇〇
	生年月日	〇〇年 〇月 〇日	所在地	××××××××××	
適用対象者	氏名	健保 花子 (入院等される方の氏名)	被保険者との続柄		妻 (適用対象者が被保険者の場合は「本人」と記入)
	生年月日	〇〇年 〇月 〇日	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/>	
療養予定期間 (申請期間)	令和〇〇年 〇月 ~ 令和××年 △月				
被保険者(減額対象者)の住所		××××××××××××			
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		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 住所 氏名(宛名)			

長期入院	該当 ・ <input checked="" type="radio"/>
------	---------------------------------------

長期入院欄・・・

申請を行った月以前1年間で、市区町村民税が課されていない期間の入院期間が90日を超える場合には、該当に○をつけて、入院期間等の記入をお願いします。

また、長期入院に該当する場合には、入院期間を証明する書類を添付してください。

例:入院期間が記載されている領収書(原本)など

※追加で書類のご提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

入院をした保険医療機関等		所在地	
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	日間
		年 月 日まで	
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	日間
		年 月 日まで	
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

(注) 市区町村 長が証明 する欄	市区町村民税が非課税の方は、この欄に市区町村長から非課税であることの証明を受けてください。 (もしくは、非課税証明書を添付してください)
----------------------------	---

4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の