

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		記号	番号	(※受理した月の1日から有効)	
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	昭・平・令	年 月 日		所在地
対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	性別	男・女
被保険者(減額対象者)の住所					

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)	平・令	年 月 日から	日間	
		平・令	年 月 日まで		
①	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)	平・令	年 月 日から	日間	
		平・令	年 月 日まで		
②	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)	平・令	年 月 日から	日間	
		平・令	年 月 日まで		
③	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)	平・令	年 月 日から	日間	
		平・令	年 月 日まで		
④	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)	平・令	年 月 日から	日間	
		平・令	年 月 日まで		
⑤	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。

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	

※上の証明欄で証明をうけないときは、被保険者の市町村民税非課税証明書を添付してください。

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明、8月から翌年3月診療分については、当該年度の課税に関する証明となります。

※外傷性の傷病の場合は、別途「負傷届」を提出してください。

受付印

備考欄(注)	
--------	--

(注)被保険者等記号・番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。

個人番号を記載した場合は、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。

社会保険労務士記載欄	氏名等
------------	-----