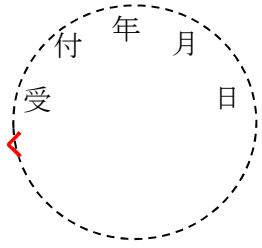


愛三...1
労組...2
愛協...3
ACS...4
愛熊...5

常務理事		

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書



~~06231740~~ 保険者番号ではなく
被保険者番号

被保険者証記号番号		記号・保険証番号	
被保険者	氏名	愛三 太郎 印	事業所 名称 愛三工業(株)
	生年月日	S○○年 ○○月 ○○日	事業所 所属部署 ○○部○○室○○G
対象者	氏名	愛三 花子	被保険者との続柄 妻
	生年月日	S○○年 ○○月 ○○日	性別 男・女
被保険者(減額対象者)の住所		〒○○○-○○○ ○○市○○町・・・ Tel.○○○-○○○-○○○	

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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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 課されないことを証明する。 市区町村名 印
------------------------	--