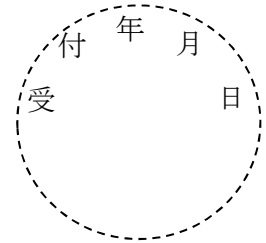


常務理事		

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書



被保険者証記号番号		.	
被保険者	氏名	印	事業所
	生年月日	年 月 日	名称 所属部署
対象者	氏名	被保険者との続柄	
	生年月日	年 月 日	性別 男・女
被保険者(減額対象者)の住所		〒 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	年度の市区町村民税が  印
------------------------	--	---------------------