

常務理事	事務長	課長	担当

## 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 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	200	5	
	事業所名	株式会社〇〇〇		
	被保険者の氏名	大阪 太郎		大阪印
	生年月日	昭和・平成	4	年 5 月 6 日
	被保険者住所	〒 大阪市・・・ TEL 06 ( 1234 ) 5678		
	減額対象者の氏名	同上		
	減額対象者	生年月日	昭和・平成	年 月 日 続柄

市 区 町 村 証 明 欄	下記証明欄は(非)課税証明書の添付をされた方は不要です。 当該被保険者(氏名 大阪 太郎 )には平成 26 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 平成 27 年 1 月 23 日
	市区町村長名： 〇〇〇〇市役所 市役所印

※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、当年度の課税に関する証明を市区町村長から受けてください。

長 期 入 院 欄	申請日を行った月以前1年間に減額対象者としての入院日数が90日超える場合は、保険医療機関ごとに入院(日数)を記入してください。		
	1	申請を行った月以前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
		入院した保険医療機関等	名称 所在地
	2	申請を行った月以前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
		入院した保険医療機関等	名称 所在地
申請を行った月以前1年間の入院日数合計		日間	

上記のとおり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。

平成 27 年 1 月 25 日

受付日付印