

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			
	事業所名			
	被保険者の氏名	(印)		
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	被保険者住所	〒 Tel ()		
	減額対象者の氏名			
	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	<u>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。</u>			
	当該被保険者(氏名)には平成 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 平成 年 月 日			
	市区町村長名：			(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 年 月 日
受付日付印