

常務理事	事務長		係

## 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	被保険者等記号・番号		—				
	被保険者のマイナンバー(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)						
	事業所名						
	被保険者の氏名						
	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						
減額対象者の	生年月日	昭和 平成 令和	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: )には令和 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。			
	令和 年 月 日			
市区町村長名: <span style="float: right;">(印)</span>				

※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)	令和 年 月 日 から 令和 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)	令和 年 月 日 から 令和 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。 令和 年 月 日

申請書送付先  
541-0041  
大阪府大阪市中央区北浜4-7-28  
住友ビル2号館6階  
住商連合健康保険組合 あて

----- 受付年月日 -----