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： ㊞

※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

受付年月日

申請書送付先
541-0041
大阪府大阪市中央区北浜4-5-33
住友ビル11階
住商連合健康保険組合 あて

住商連合健康保険組合