

決議	年	月	日	標準報酬月額	千円
常務理事	事務長	担当者		適用区分	
				認定証回収日	

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	事業所名称		
	生年月日	年	月	日	所属部署名
	住所	〒 (TEL)			
適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (見込み)				
認定証送付先	事業所・自宅 その他 ()	〒 (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	日間		
		平成 年 月 日まで			
	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	日間		
		平成 年 月 日まで			
	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	日間		
		平成 年 月 日まで			
	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	日間		
		平成 年 月 日まで			
	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	日間		
		平成 年 月 日まで			
	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。

※「市町村民税非課税証明書(原本)」を添付、または、以下に証明を受けてください。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 市区町村名 印
-------------	---