

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	〇〇-〇〇〇〇〇				
被保険者	氏名	健保太郎 印	事業所名称	伊藤ハム株式会社	
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	所属部署名	〇〇〇〇〇	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇番地〇〇 (TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
適用対象者	氏名	健保花子	被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	性別	男・女	
入院期間	平成〇〇年 〇月 〇日 ~ 平成〇〇年 〇月 〇日 (見込み)				
認定証送付先	事業所・自宅 その他 (妻の実家)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 (〇〇様方) (TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			

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 平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	長期入院に該当する場合記入してください ※過去1年間の入院日数が90日を越えた場合
②	申請日の前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 平成 年 月 日まで	日間
	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 平成 年 月 日まで	日間
	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 平成 年 月 日まで	日間
	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
-------------	---