

常務理事	事務長	業務部長	審査課長	扱 者

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	記号	番号			
	被保険者	氏名			生年月日	大・昭・平 年 月 日
		住所				
	対象者	氏名			生年月日	昭・平 年 月 日
	送付先					
	標準負担額の減額の別		市町村民税非課税者、認定により生活保護法の要保護とならない方			
	*70歳以上の方		市町村民税の各所得なし、認定により生活保護法の要保護とならない方			
	長期入院		該当・非該当			
	ここから下は長期入院該当者として申請する方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		
		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			
	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			
	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。

受付日付印

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