

決	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係員
裁						

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号		—	事業所名称			
被保険者	氏名	印 <small>自署の場合は押印を省略できます。</small>		生年月日	昭和 平成	年 月 日
対象者	氏名				性別	男・女
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	被保険者との続柄
被保険者（減額対象者）の住所		〒	—	電話	—	—

長期入院		該当・非該当			
長期該当者として申請する者のみ下欄を記入してください。				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・令和	年 月 日から		日間
		平成・令和	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・令和	年 月 日から		日間
		平成・令和	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・令和	年 月 日から		日間
		平成・令和	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・令和	年 月 日から		日間
		平成・令和	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・令和	年 月 日から		日間
		平成・令和	年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
市区町村長が証明する欄	当該被保険者には、 年度の市区町村税が課されないことを証明する。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 市区町村長名 印 </div>				

上記の通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。

令和 年 月 日

備考欄	
-----	--

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
 （マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「身元確認書類（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類（申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書）」及び「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要となります。）