

|        |    |      |     |     |   |
|--------|----|------|-----|-----|---|
| 標準報酬月額 | 千円 | 決議   | 年   | 月   | 日 |
| 適用区分   | 才  | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |   |
| 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                  |          |   | 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      | 年 月 日 ～ 年 月 日 (見込み) |          |   |          |          |
| 認定証送付先    | 事業所 ・ 自宅<br>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) | 年 月 日から   |  | 日間           |  |
|                                |                    | 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) | 年 月 日から   |  | 日間           |  |
|                                |                    | 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) | 年 月 日から   |  | 日間           |  |
|                                |                    | 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) | 年 月 日から   |  | 日間           |  |
|                                |                    | 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) | 年 月 日から   |  | 日間           |  |
|                                |                    | 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。<br>市区町村名 印 |
|-------------|-------------------------------------------------|