

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 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。  市区町村名 印
-------------	---

健保記入欄

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	〇〇-〇〇〇〇〇			
被保険者	氏名	健保 太郎	事業所名称	伊藤ハム株式会社
	生年月日	〇〇〇〇年 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	〇〇〇〇年 〇月 〇日	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
入院期間	〇〇〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇〇〇年 〇月 〇日 (見込み)			
認定証送付先	事業所・自宅 <input checked="" type="radio"/> 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。

市区町村記入欄

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
-------------	---