

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 ・ 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 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	日間		
		平成 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称	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		
		所在地			
②	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			
③	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			
④	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			
⑤	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。

※「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
-----------------	---