

受付年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
発行年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
備考	

決裁					
被保険者資格取得日	S H R	年	月	日	
被扶養者認定日	S H R	年	月	日	

*上記枠内は記入しないで下さい。

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	—				令和 年 月 日 申請
被保険者	氏名	ⓐ			事業所 名称
	生年月日	平成 年 月 日	事業所 所在地		
適用・減額対象者	氏名			性別	男・女
	生年月日	平成 年 月 日	長期入院	被保険者との続柄	
	住所	該当・不該当			

ここから下は長期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)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間		
	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)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 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)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 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)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 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)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 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申請します。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には、令和 年度の市(区)町村民税が課税されないことを証明する。	受付年月日
	令和 年 月 日	
	市区町村長名	ⓐ