

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	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 申請
被保険者	氏名	健保 慎之介 (印)	事業所 名称 〇〇〇〇 株式会社
	生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	所在地 東京都品川区〇〇町〇〇番地〇〇号
適用・減額対象者	氏名	健保 小百合	性別 男・女 (女)
	生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	被保険者との続柄 配偶者
	住所	東京都〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	
		長期入院	該当・不該当 (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	〇〇 日間
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称 医療法人〇〇〇〇総合病院	所在地 東京都〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号
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	<p>当該被保険者には、令和2年度の市(区)町村民税が課税されないことを証明する。</p> <p>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>東京都〇〇市</p> <p>市区町村長名 市長 〇 〇 〇 〇 (印)</p>
-------------	---

受付年月日