

常務理事	課長	課長代理	係員

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

① 被保険者証 記号番号			② 事業所名		
③ 被保険者	氏名		生年月日	昭和・平成	年 月 日
	住所	〒 Tel ( )			
④ 認定対象者 (療養を受ける方)	氏名		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
⑤ 認定証送付先住所 (被保険者住所以外の場合)	〒				
<b>⑥ 長期入院欄</b>					
療養する方は長期入院しましたか？		はい ・ いいえ		<small>「はい」と答えた場合、長期入院欄に申請を行った月以前の入院期間をご記入ください          ※長期入院は、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。          ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。</small>	
I	申請を行った月以前の 1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間			
	入院した 医療機関の 名称 所在地				
II	申請を行った月以前の 1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間			
	入院した 医療機関の 名称 所在地				
III	申請を行った月以前の 1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間			
	入院した 医療機関の 名称 所在地				
IV	申請を行った月以前の 1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間			
	入院した 医療機関の 名称 所在地				
V	申請を行った月以前の 1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間			
	入院した 医療機関の 名称 所在地				

### ※市区町村長が証明する欄

市区町村民税が非課税の方は、本欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

当該被保険者\_\_\_\_\_は令和\_\_\_\_\_年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名

印

受付年月日

04.06