

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証の記号・番号		-		事業者の名称	株式会社サンゲツ	
被保険者	氏名	㊦		生年月日	昭和 平成	年 月 日
減額対象者	氏名			被保険者との続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			性別	男・女
被保険者(減額対象者)の住所		〒 - 区 ( ) -				
標準負担額の減額の別		1. 市町村民税非課税者 2. 食事療養標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者				
長期入院	該当・非該当	※該当者は下記へ記入してください。				

※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)	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 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 日から令和 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)	令和 年 月 日から令和 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)	令和 年 月 日から令和 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)	令和 年 月 日から令和 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。

令和 年 月 日

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。

市区町村長名

㊦

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印