

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

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 | | | | | |
| 被保険者 | 氏 名 | 印 | 事業所 | 名 称 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 所在地 | |
| 適用対象者 | 氏 名 | 印 | 被保険者との続柄 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| 被保険者(適用対象者)の住所 | | 〒 | | | |

| 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下さい。 | | | 入院日数合計 (日間) | | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日から | | | 日間 |
| | | 年 月 日まで | | | |
| | 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) | 年 月 日から | | | 日間 |
| | | 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) | 年 月 日から | | | 日間 |
| | | 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) | 年 月 日から | | | 日間 |
| | | 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) | 年 月 日から | | | 日間 |
| | | 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。

