

発効年月日	令和 年 月 日	常務	事務局長			係
有効期限	令和 年 月 日					
適用区分	オ					
資格	取得	平・令 年 月 日	標準 報酬月額			千円
	喪失	平・令 年 月 日				
	期間	<input type="checkbox"/> 1年以上/ <input type="checkbox"/> 1年未満				

※上の欄には記入しないでください。

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証の 記号		番号	
被保険者の 氏名及び 生年月日	昭・平・令 年 月 日生		事業所の 名称 所在地
対象者の 氏名及び 生年月日	昭・平・令 年 月 日生		被保険者 との続柄
性別	男・女		
被保険者(減額対 象者)の住所 及び電話番号	〒 電話()		

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)	平・令 年 月 日から 平・令 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)	平・令 年 月 日から 平・令 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)	平・令 年 月 日から 平・令 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)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
備考欄			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。
(マイナンバーを記載した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

社会保険労務士記載欄

(注) 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
----------------------------	--

受付日付印