

発効年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務局長	課長	主任	係
有効期限	平成 年 月 日					
適用区分	C					
資格	取得	平成 年 月 日	標準 報酬月額			千円
	喪失	平成 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	2312	番号	1000
被保険者の 氏名及び 生年月日	健康太郎 (健康印)		事業所の 名称 所在地
対象者の 氏名及び 生年月日	健康花子 (昭平 〇〇年 〇月 〇日生)		被保険者 との続柄
被保険者(減額対 象者)の住所 及び電話番号	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇		Tel (045) 000 - 0000

長期入院	該当・ <u>非該当</u>
------	----------------

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)	平成 年 月 日から		日間
	平成 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)	平成 年 月 日から		日間
	平成 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)	平成 年 月 日から		日間
	平成 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)	平成 年 月 日から		日間
	平成 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)	平成 年 月 日から		日間
	平成 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。

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

(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 (印)
----------------------------	---

