健保組合使用欄	常務理事	事務長	担当者	受付年月日

事業主側経由所属		
長	長	担当者

発効年月日	令和　年　月　日	長期入院	該当　・　非該当
有効期限日	令和　年　月　日	長期入院該当日 （申請月の翌月１日）	令和　年　月　日
適用区分	オ：７０歳未満非課税者　Ⅱ：７０歳以上非課税　Ⅰ：７０歳以上所得なし		

健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書

被保険者証番号					
被保険者	氏　名		事業主	名　称	
	生年月日	年　月　日（満　歳）		所在地	
減額対象者	氏名		被保険者との続柄		
	生年月日	年　月　日（満　歳）			
被保険者（減額対象者）の住所					
長期入院	該当　・　非該当	※長期入院該当とは、申請月以前の1年間で90日以上入院されている場合			

※ここから下は長期該当者として申請する方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）	平成・令和　年　月　日　から 平成・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）	平成・令和　年　月　日　から 平成・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）	平成・令和　年　月　日　から 平成・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）	平成・令和　年　月　日　から 平成・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）	平成・令和　年　月　日　から 平成・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「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。

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　㊞

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考欄】

（令和3年5月）