

健保組合 使用欄	常務理事	事務長	担当者	受付年月日	事業主側經由所属		
					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 平成・令和	年 月 日 から 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 平成・令和	年 月 日 から 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 平成・令和	年 月 日 から 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 平成・令和	年 月 日 から 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 平成・令和	年 月 日 から 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2年7月)