

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	5123456						
被保険者	氏名	健保太郎	印	事業主	名称	〇〇株式会社	
	生年月日	S35年7月2日(満60歳)		所在地	〇〇県〇〇市△△町1-2		
減額対象者	氏名	健保太郎	被保険者との続柄		本人		
	生年月日	S35年7月2日(満60歳)					
被保険者(減額対象者)の住所		〇〇県〇〇市△△町1-1					
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(91日間)				
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成(令和) 2年 9月 27日 から 平成(令和) 2年 12月 27日 まで			91日間		
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇総合病院△△科		所在地		
		所在地	〇〇県〇〇市△△町5-5				
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2年7月)