

伺			決 裁
係 員	G L	事 務 長	常務理事

健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書

(申請日) 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者証記号番号		記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇
被保険者	氏名	健保 太郎		事業所	名称 〇〇〇〇株式会社
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		事業所	所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇
対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄	妻
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		性別	男 ・ 女
被保険者(減額対象者)の住所			〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇		

・入院日数が既に90日(申請日の前1年間の入院日数)を超えている場合は長期該当となります。
 長期該当の場合は、下欄に入院した医療機関ごと、入院期間ごとに記入して下さい。

長期 該 当 の 場 合	①	入院した期間	〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇)日間			
		入院した保険医療機関等	名称	〇〇〇〇〇〇病院		
	所在地		〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇			
	②	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ()日間			
		入院した保険医療機関等	名称			
所在地						
③	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ()日間				
	入院した保険医療機関等	名称				
所在地						
④	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ()日間				
	入院した保険医療機関等	名称				
所在地						
⑤	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ()日間				
	入院した保険医療機関等	名称				
所在地						
上記の入院日数合計		日間				

注) この申請書には、下記の書類を添付して下さい。

- ・市町村民税非課税証明書
- 〔 101条該当者は福祉事務所長の「限度額適用・標準負担減額認定該当(C)」と記載された保護申請却下通知書もしくは保護廃止決定通知書又はこれらの写に事業主・民生委員又は福祉事務所長が原本証明したもの 〕
- ・入院期間を確認できる書類(長期該当者のみ)

受 付 日
