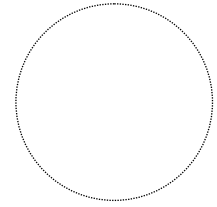


常務理事	事務長	担 当 部	発効年月日	平成	年	月	日
			有効年月日	平成	年	月	日

受付年月日



健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 様式3号

①健康保険被保険者証の記号-番号 記号 番号		② 被保険者の氏名・印 Ⓢ		③ 被保険者の生年月日 昭和 年 月 日 平成	
④ 事業所の名称			⑤ 備 考		
⑥ 適用対象者の	氏 名	性別 男・女	生年月日 昭和 年 月 日 平成	被保険者との続柄	
	住 所 〒 - (電話番号:)				

長期入院	該 当 ・ 非該当
------	-----------

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、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。

⑦ 市区町村が証明する欄	上記②の被保険者 には、平成 年度の市区町村民税が課せられないことを証する。 平成 年 月 日 市区町村長名 Ⓢ
--------------	--

- ◎ 傷病名が骨折等外傷の場合は事前に業務課までご連絡ください。
- ◎ 制度の詳細については『記入上の注意』より留意事項をご参照ください。