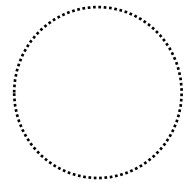


|      |       |       |          |       |
|------|-------|-------|----------|-------|
| 常務理事 | 担 当 部 | 発効年月日 | 令和 年 月 日 | 受付年月日 |
|      |       | 有効年月日 | 令和 年 月 日 |       |



**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<br>記号<br>番号 |        | ② 被保険者の氏名 |                        | ③ 被保険者の生年月日<br>昭和 平成 年 月 日 |  |
| ④ 事業所の名称                     |        |           |                        | ⑤ 備考                       |  |
| ⑥ 適用対象者の                     | 氏名     | 性別<br>男・女 | 生年月日<br>昭和 平成 令和 年 月 日 | 被保険者との<br>続柄               |  |
|                              | 住所 〒 - |           |                        |                            |  |

|      |          |
|------|----------|
| 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) | 年 月 日から | 日間 |
|   |                   | 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) | 年 月 日から | 日間 |
|   |                   | 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) | 年 月 日から | 日間 |
|   |                   | 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) | 年 月 日から | 日間 |
|   |                   | 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) | 年 月 日から | 日間 |
|   |                   | 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<br>市区町村<br>証明欄 | 上記②の被保険者 には、 年度の市区町村民税が課せられないことを証する。<br>令和 年 月 日<br>市区町村長名 (印) |
|------------------|--|

- ◎ 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。