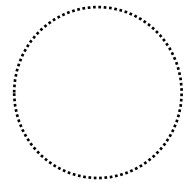


常務理事	担 当 部	発効年月日	令和 年 月 日	受付年月日
		有効年月日	令和 年 月 日	



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 記号 番号		② 被保険者の氏名		③ 被保険者の生年月日 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 男・女	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との 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 市区町村 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。 令和 年 月 日 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。