

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証 記号・番号					
被保険者	氏名	印	事業所	名称	
	生年月日	年月日		所在地	
適用対象者	氏名	印	被保険者との続柄		
	生年月日	年月日	性別	男・女	
被保険者(適用対象者)の住所	〒				

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者のみ記入して下さい。		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	
② 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	
④ 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	
⑥ 入院をした保険医療機関等		名称	
		所在地	

上記のとおり関係書類を添えて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。

