

常務理事	事務長		担当者

## 健康保険標準負担額減額申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		—	標準負担額の減額の別		市町村民税非課税者		
	被 保 険 者	氏名	印	減額対象者が		氏名		
		生年月日		被扶養者であるとき		生年月日		
	被保険者の住所		〒					
	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)		令和 年 月 日から			日間	
				令和 年 月 日まで				
	入院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)		令和 年 月 日から			日間		
			令和 年 月 日まで					
入院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)		令和 年 月 日から			日間		
			令和 年 月 日まで					
入院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)		令和 年 月 日から			日間		
			令和 年 月 日まで					
入院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)		令和 年 月 日から			日間		
			令和 年 月 日まで					
入院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標準負担減額認定証の交付を申請します。