

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証申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名及び 生年月日	健保 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ×× 年 × 月 × 日	被保険者証 の記号・番号 記号 番号 × - ××
	減額対象者及び 生年月日	健保 花子 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ×× 年 × 月 × 日	被保険者 との続柄 妻
	被保険者住所	〒 ××× - ××× 東京都江東区豊洲×-×-××	
	連絡先 電話番号	×× - (×××) - ×××	
	対象者の 入院(予定)期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	その他		

備考欄	
-----	--

添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 市区町村長発行の住民税の非課税証明書(最新のもの:コピー不可) ※収入内訳等金額が記載されている証明書に限ります 長期該当者(申請前1年間の入院期間が90日を越える該当者)の場合、領収書等 入院期間が確認できるもの
------	--

上記のとおり申請します。

平成 ×× 年 × 月 × 日

被保険者氏名

健保 太郎

印

健保受付印