

年 月	常務理事	事 務 長		担当者
承 認				

健康保険食事療養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		長期入院		該当・非該当		
	被保険者	氏 名				事業所の	名 称		
		生年月日	昭・平・令	年	月		日	所在地	
	被 保 険 者 (減額対象者) の住所		電 話						
	減 額 対 象 者 の	氏 名				性 別		男 ・ 女	
		生年月日	昭・平・令	年	月	日	被保険者との続柄		

この欄は、直近 1 年間のうち、入院した日数が、90 日を超えたとき (長期入院該当) の申請をするときのみ記入してください。					入院日数合計		日間		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間						
		入院をした保険医療機関等の	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 令和 年 月 日 まで 日間						
		入院をした保険医療機関等の	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 令和 年 月 日 まで 日間						
		入院をした保険医療機関等の	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 令和 年 月 日 まで 日間						
		入院をした保険医療機関等の	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 令和 年 月 日 まで 日間						
		入院をした保険医療機関等の	名 称						
			所 在 地						

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

クラシエ健康保険組合理事長 殿

※ 証明 する 欄	当該被保険者には令和 年度の市（区）町村民税が課され ないことを証明する。 令和 年 月 日  市区町村長名
--------------------	--

受付日付印

印