

年 月 承 認	常務理事	事 务 長		担当者

## 健康保険食事療養標準負担額減額申請書

被 保 險 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				
	被 保 险 者 (減額対象者) の住所						電話	
	減 額 対 象 者 の 姓 名	氏 名			性 別	男 ・ 女		
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	被保険者との続柄				

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	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
	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				
	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				
	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				
	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				
	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						

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 長 が	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	受付日付印 （印）
	市区町村長名	