

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		1001	番号	777555	長期入院	該当・ 非該当
	被 保 険 者	氏 名	都島 健夫 (印)		事業 所 の	名 称	クラシエ〇〇販売 (株)
		生年月日	明治・大正・昭和 40年6月9日			所在地	京都市北区南町7-8
	被 保 険 者 (減額対象者)	の住所	京都市左京区嵐山1-3			電話	075-451-1123
	減 額 対 象 者 の	氏 名	都島 康子		性 別	男 ・ 女	
生年月日		大正・昭和・平成 42年10月18日		被保険者との続柄	妻		

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)	平成 年 月 日 から 平成 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)	平成 年 月 日 から 平成 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)	平成 年 月 日 から 平成 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)	平成 年 月 日 から 平成 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)	平成 年 月 日 から 平成 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。

平成 28年 11月 10日

クラシエ健康保険組合理事長 殿

※ 証明する欄 市区町村長が	当該被保険者には平成27年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
	平成28年12月21日
	市区町村長名 健保市長 友淵 康夫 (印)

受付日付印