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	昭和 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	昭和 平成 年 月 日	被保険者との続柄	
	被保険者住所	〒 －		
	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	1. 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 2. 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 ㊞

健保受付印

SCSK健康保険組合