

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**



健保受付印