

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

市区町村民税
非課税などの
低所得者用

被保険者証 記号・番号	9000-7		名称	〇〇〇 株式会社	
被保険者	氏名	木材 一郎 (印)		事業所	所在地
	生年月日	昭平	〇〇年〇月〇日		
	住所	〒111-1111 台東区上野△-△		TEL	03(1234)5678
適用対象者 (使用する方)	氏名	木材 次郎		被保険者との 続柄	長男
	生年月日	昭平令	〇〇年〇月〇日		
長期入院(※)	該当・非該当				

※長期入院とは過去1年間の入院日数が90日間を超える場合。

★ここから下は長期入院で『該当』と答えた方のみご記入ください。

入院期間等の記録	1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 29年 1月 1日から 15日間 平成・令和 29年 1月 15日まで	
		入院した医療機関等	名称	〇〇病院
		所在地	台東区浅草△-△-△	
	2	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 29年 3月 1日から 92日間 平成・令和 29年 5月 31日まで	
		入院した医療機関等	名称	〇〇病院
		所在地	台東区浅草△-△-△	
3	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 年 月 日まで		
	入院した医療機関等	名称		
		所在地		

★入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている病院の領収書等)を添付してください。

上記の通り関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 1年 5月 10日

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には 年度の市(区)町村税が課税されないことを証明する。
	市区町村長名 (印)

受付日付印