

健康保険 限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書

提出 令和 年 月 日

記号	番号	被保険者氏名	所 属		
Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ		
対象者	1 被保険者	氏 名	続柄	生年	昭3
	2 被扶養者			年月日	平4
被保険者（減額対象者）の住所		〒			
長期入院		該 当		非 該 当	
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	
入院をした保険医療機関等	名 称				
	所在地				
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	
入院をした保険医療機関等	名 称				
	所在地				
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	
入院をした保険医療機関等	名 称				
	所在地				
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	
入院をした保険医療機関等	名 称				
	所在地				

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には 年度の市区町村民税が課せられないことを証明する。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 市区町村長名 Ⓜ
-------------	---

受付日付印

事業所	担当者

健保組合	担当者	事務長	常務理事