2017.10

※　適用	標準報酬月額
オ	千円

※は記入しないでください。

常務理事	事務長	課　長	課長代理	係　長	係

健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号		41　－　25	事業所	名　称	トライ㈱
被保険者	氏　名	鳥　取　二　郎　㊞		所在地	中野区○○1-1-10
	生年月日	(昭和)平成　22年　6月　11日			
認定対象者	氏　名	鳥　取　二　郎	被保険者との続柄		本人
	生年月日	(昭和)平成　22年　6月　11日	性　別		(男)・女
被保険者の住所(送付先)		〒184-0012　東京都小金井市2-17-○151			
長期入院(入院日数90日以上)		該当　・　非該当			

ここから下は長期入院該当者として申請する者のみ記入してください。　入院日数合計(　　日数)

①	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日		日間
	入院した保険医療機関等	名　称		
		所在地		
②	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日		日間
	入院した保険医療機関等	名　称		
		所在地		
③	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日		日間
	入院した保険医療機関等	名　称		
		所在地		

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。　平成　年　月　日

（注）市区町村長が証明する欄

当該被保険者には、平成　年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

［市区町村長名］

印

被保険者のﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

平成　年　月　日
受付年月日