

発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	

理事長	常務理事	事務長	担当者

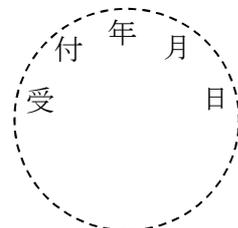
## 健康保険限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

被保険者証の記号番号		-	
被保険者	氏名	印	事業所
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	所在地
対象者	氏名	被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	性別 男・女
被保険者（減額対象者）の住所			

長期入院	該 当 ・ 非 該 当	
ここから下は長期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（ 日間）	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

上記のとおり関係書類を添えて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。

(注) 市区町村長が 証明する欄	当該被保険者には、令和 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
------------------------	---



オークマ健康保険組合