

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

決 裁			
常務理事	事務長	課 長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書

申請日 令和 ○○年 ○○月 ○○日

被保険者情報	記号・番号	16 01 - 123456	被保険者氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎
	被保険者住所	〒000-0000 東京都○×区 1-2-3 ☎ 00 (0000) 0000	生年月日	昭和 平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日

認定証交付申請する対象者	交付対象者	フリガナ ケンコウ ハナコ 健康 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日
	認定証送付先	いずれかに○ 自宅・事業所 その他 ※	〒	-	※その他の場合、記入ください。 ☎ - -	

長期入院に該当する場合記入	長期入院	該当・非該当	(長期入院とは申請日前1年間に90日を超える入院があった場合)			
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 日 日 日 ~ 令和 日 日 日 (日間)			
入院をした保険医療機関		名称				
		住所				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 日 日 日 ~ 令和 日 日 日 (日間)				
	入院をした保険医療機関	名称				
		住所				

・市区町村が交付した被保険者本人の「非課税証明書」を必ず添付してください。

・資格を喪失した場合や、有効期限が切れた場合など使用後は認定証を返却してください。
有効期限経過後や、記号変更後に引き続き認定を受ける場合は、認定書を返却して再度申請が必要です。

・発行する認定証の有効期間は原則、申請した月の初日から次の7月末日までの最大12カ月間です。

交付年月日	令和 年 月 日	
発行年月日	令和 年 月 日	
有効期限	令和 年 月 日	
事業所コード	標準報酬月額	千円

受付日付印