

常務理事	事務局

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

代筆・代理申請不可

健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額認定申請書

被保険者	保険証上部に記載の記号・番号を記入	事業所の名称	在籍事業所・所属を記入。任継者は記入不要
減額対象者の氏名	対象者の氏名		続柄 長男、長女、等
減額対象者の住所	対象者の住所		TEL() -
長期入院	該 当 ・ 不 該 当		
この申請を行った月以前の12ヶ月以内の入院日数が90日を超える場合は 該当 に○			
①	申請日の前1年間の入院期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	長期入院に該当の場合に記入 申請月以前12ヶ月の入院期間及び入院した医療機関の名称・所在地を記入。 ①入院期間を確認できるもの、 ②被保険者に係る市町村民税非課税証明書 又は、③被保険者に係る福祉事務所長の健康保険標準負担額減額認定書を添付。 (既に減額認定を受けている場合は、減額認定証)	
②	申請日の前1年間の入院期間	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	平成・令和 年 月 日 から 平成・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	平成・令和 年 月 日 から 平成・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	平成・令和 年 月 日 から 平成・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)
市区町村長が 証明する欄	当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長に証明を受けると、添付書類の一部が省略できます。 市区町村長名		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 申請

帝人グループ健康保険組合理事長殿