

常務理事	事務局

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

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

被保険者の記号番号	—	事業所の名称		所属	
減額対象者の氏名				続柄	
減額対象者の住所	〒 TEL( ) —				
長期入院	該 当 ・ 不 該 当				
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	(名称)			
		(所在地)			
②	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)			
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