

決	常務理事	事務長	課長	係長	主任	係員
裁						

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号		—		東海地区石油業健康保険組合 理事長 殿		
被保険者	氏名			事業	名称	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	所在地
減額対象者	氏名			被保険者との続柄		
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別
	住所	〒	—	連絡先 ( )		

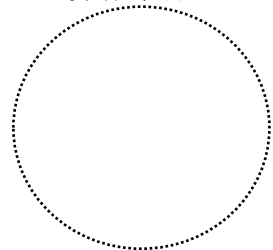
長期入院	該当・不該当		
長期該当者として申請する場合のみ下欄を記入してください。		入院合計日数 ( ) 日間	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保健医療機関等	名称 所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保健医療機関等	名称 所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保健医療機関等	名称 所在地	

市区長村長が証明する欄	当該被保険者には、平成 年度の市区長村民税が課されないことを証明する。 市区長村長名 ⑩
-------------	---

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日  
住所 〒 -  
被保険者 氏名  
電話番号

受付年月日



※市区町村民税が非課税の方は、上欄に市区長村長の証明を受けるか、別に非課税証明書(原本)の添付が必要です。  
有効期限に達した時、資格を喪失された時、必要がなくなった時は速やかに当健康保険組合までご返却ください。  
認定証の発効年月日は当組合で申請書を受付した月の初日となります。

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--