

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証記号番号		—		所 属 所	名 称		
組 合 員	氏 名				所在地		
	生年月日	年	月	日			
減額対象者	氏 名			組合員との続柄			
	生年月日	年	月	日			
組合員（減額該当者）の住所							
長期入院	該当・非該当						
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
	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
	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
	入院をした保健医療機関等			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
	入院をした保健医療機関等			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
	入院をした保健医療機関等			名 称			
			所在地				
市区町村長が証明する欄		当該組合員には、 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 印					