

常務理事	事務局長	次 長	業務課長	係長

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

川口工業健康保険組合 理事長 殿

被保険者証記号番号		—					
被保険者	氏名			事業所	名称		
	生年月日	年	月		日	所在地	
対象者	氏名			被保険者との続柄			
	生年月日	年	月	日	性別	男・女	
被保険者（減額対象者）の住所							
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

長期入院	※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。	該当 ・ 非該当
ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入して下さい。		入院日数合計（ 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（日数）	令和 年 月 日から 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（日数）	令和 年 月 日から 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（日数）	令和 年 月 日から 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（日数）	令和 年 月 日から 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

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

(注) 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 市区町村名 印 </div>
----------------------------	---

受付印

※添付資料がない場合で、マイナンバーでの情報照会結果が確認できなかったときには添付資料をご提出いただきます。（証明欄に記載を受けた場合は不要）