

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

〔被保険者について〕

被保険者証の記号と番号		被保険者の氏名	生年月日
記号	番号		昭和・平成 年 月 日
被保険者の住所	〒 ー		TEL ー ー 携帯 ー ー

〔療養を受ける方について〕

療養を受けるのは、被保険者・家族(被扶養者)のどちらですか？				1. 被保険者		2. 家族(被扶養者)	
家族の場合、その方の	氏名	続柄	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日

※療養を受ける方が、申請月以前1年間に90日を超えて入院している場合には、その内訳を以下の欄に記入してください。

①	入院した期間・日数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	
	入院した医療機関等の	名称	所在地
②	入院した期間・日数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	
	入院した医療機関等の	名称	所在地
③	入院した期間・日数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	
	入院した医療機関等の	名称	所在地
④	入院した期間・日数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	
	入院した医療機関等の	名称	所在地

〔送付希望先〕

(上記「被保険者の住所」と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。なお、入院中の病院等への送付も承りますが、棟や部屋番号などの細かい情報をご記入いただけないと、お手元に届かない場合がありますので、ご注意ください。)

送付先の	住所	〒 ー
	宛名	例：事業所や病院、別居されているご家族等

〔市区町村長証明欄〕 (下欄に証明を受けるか、(非)課税証明書の添付が必要です。)

当該被保険者には、令和 年度の市区町村民税が課税されないことを証明する。
市区町村長名 (印)

※4~7月診療分には前年度の課税に関する証明、8~3月診療分には当年度の課税に関する証明が必要です。

／ 受付日付印 \

令和 年 月 日提出