

年 月 承認	常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額認定申請書

被保険者証記号・番号		—		
被 保 険 者	氏 名	Ⓣ		名 称
	生年月日	年 月 日	事業所	所在地
減額対象者	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				

長 期 入 院		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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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・標準負担減額認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日

アイフル健康保険組合 御 中

(注) 市区町村 長が証明 する欄	当該被保険者には 課されない事を証明する。 市区町村長名	年度の市(区)町村民税が Ⓣ
----------------------------	--	-----------------------

