

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		000 — 00000			
被保険者	氏名	健康 太朗 (健康印)	事業所	名称	アイフル株式会社
	生年月日	XXXX年 XX月 XX日		所在地	京都市下京区烏丸通五条上高砂町 381-1
減額対象者	氏名	健康 華子	被保険者との続柄		妻
	生年月日	XXXX年 XX月 XX日	性別	男 ・ (女)	
被保険者(減額対象者)の住所		〇〇府△△区□□通 4567			

長期入院	(健康印) 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 (XX 日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 XX年 XX月 XX日から 平成 XX年 XX月 XX日まで			XX 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇〇病院		
		所在地	〇〇府□□区△△通 123		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	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	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	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	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 XX年 XX月 XX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	(印)
-----------------	----------------------	--------	--------------	-----

