

担当責任者	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証の 記号及び番号	1 — 23456	被保険者氏名 及び生年月日	名鉄 太郎 昭・平 45 年 8 月 31 日		
適用対象者の 氏 名	(入院される方の氏名) 名鉄 花子	適用対象者の 生年月日	昭 平 48 年 11 月 10 日 令	続 柄	妻
適用対象者の 住 所	被保険者と同じ場合は省略可 被保険者と同				
傷病名	心筋梗塞	入院医療機関	〇〇市民病院		
被保険者勤務先 (部署名等)	〇 〇 事業部 <部署名、支店名を記入して下さい>				

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)	令和 年 月 日から	日間		
		令和 年 月 日まで			
	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	日間		
		令和 年 月 日まで			
	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	日間		
		令和 年 月 日まで			
	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。

令和 1 年 7 月 26 日

住 所 名古屋市 中村区 名駅 1-2-3
被保険者
氏 名 名鉄 太郎 (印)