

西武健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長			取扱者

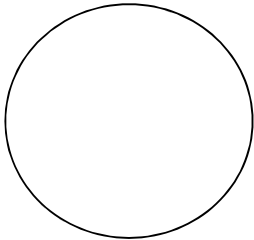
健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者等 記号・番号		記号	100	番号	12345		
被保険者	氏名	西武 太郎			名称	〇〇株式会社	
	生年月日	S・H 10 年 1 月 2 日			事業所	所在地	
減額対象者	氏名				△△県△△市△△町7-77-7		
	生年月日	S・H・R 年 月 日			被保険者との続柄	本人	性別
被保険者(減額対象者)の住所		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町0-00-0					
長期入院	該当 非該当	※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、市区長村民税が課されていない期間の入院期間に限りです。					
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ください。					入院日数合計 (日間)		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	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

上記とおり関係書類を添えて健康保険標準負担額減額認定証の交付を申請します。

押 印 欄	事 業 所	印	印	印	所 属	印	印	印
-------------	-------------	---	---	---	--------	---	---	---

(注)	市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか別に(非)課税証明書の添付が必要です。
市区 す町 る村 欄が 証明	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。 市区町村長名 印



健保受付年月日

※4月～7月診療分については、前年度の課税に対する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。