

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

日本製紙健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号 - 番号	—	被保険者の 氏名・印	印	
	事業所	名称			
		所在地			
	対象者	氏名		被保険者との続柄	
		生年月日	昭平令 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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 から 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 日間 令和 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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

市区町村長が証明する欄	<p style="text-align: center;">該当被保険者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">市区町村長名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
-------------	---

受 付 印