

| | | | |
|------|-----|-----|-----|
| 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