

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者の (左づめ)	記号 □□□	番号 □□□□□	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 □□□□□□
	氏名	フリガナ			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の 必要はありません)	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 □□□□□□
	療養予定期間(申請期間)	令和 年 月 ~			
	認定対象者は、長期入院されましたか? ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間に90日を超えて入院 されていることです。ただし、保険者に低所得者として認められ た期間に係る入院に限ります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	➡ 「1.はい」の場合、2ページ目の「長期入院欄」に 申請月以前1年間の入院期間をご記入ください。		

送 付 希 望 先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。				
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
宛名					

申 請 代 行 者 欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。				
	氏名			被保険者 との関係	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の 理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他 ()	

※限度額適用・標準負担額減額認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

※申請書受付月より前の月の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

健保組合使用欄 (以下は記入しないでください)

常務理事	事務長	課長	係長	係

受付日付印

--

1ページ目の認定対象者欄「認定対象者は、長期入院されましたか？」の質問に対し、「1.はい」と回答された方のみご記入ください。

被保険者氏名	
--------	--

長期入院欄	申請月以前1年間の入院日数合計		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間	※申請を行った月以前の1年間の入院期間をご記入いただき、証明書類を添付してください。ただし、保険者に低所得者として認められた期間に係る入院に限ります。		
	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	~	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間
	①	入院した医療機関等	名称			
			所在地			
	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	~	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間
	②	入院した医療機関等	名称			
			所在地			
	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	~	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間
	③	入院した医療機関等	名称			
			所在地			
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	~	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間	
④	入院した医療機関等	名称				
		所在地				
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	~	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間	
⑤	入院した医療機関等	名称				
		所在地				