

健康保険食事療養標準負担額減額申請書

被保険者記号番号		—					
被保険者	氏 名			事業所	名称		
	生年月日	昭・平	年		月	日	所在地
	住 所	〒 TEL					
減額対象者	氏 名			被保険者との続柄			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日		
長 期 入 院		該当 ・ 非該当					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 令和	年 年	月 月	日から 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 令和	年 年	月 月	日から 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 令和	年 年	月 月	日から 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 令和	年 年	月 月	日から 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 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等		名称				
			所在地				

令和 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	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)
-----------------	--