


記入例

健康保険食事療養標準負担額減額申請書

被保険者証記号番号	1234-567			
被保険者	氏名	健保 一郎	事業所 名称	〇〇自動車(株)
	生年月日	平令 3年 5月 7日	事業所 所在地	東京都新宿区西新宿〇-〇-〇
	住所	〒 000-0000 東京都港区芝公園〇-〇-〇 TEL 03-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇		
減額対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭平令 5年 10月 2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 2年 1月 1日から 31日間 令和 2年 1月 31日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院	
		所在地	東京都品川区東品川〇-〇-〇	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 2年 3月 1日から 91日間 令和 2年 5月 31日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院	
		所在地	東京都品川区東品川〇-〇-〇	
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 日まで		
	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 日まで		
	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 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

令和 2年 6月 5日

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者には 元 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 東京 〇男 
-----------------	--