記入例

健康保険食事療養標準負担額減額申請書

被保険者記号番号		1234－567			
被保険者	氏　名	健保　一郎	事業所	名称	○○自動車㈱
	生年月日	(平)・令　3年　5月7　日		所在地	東京都新宿区西新宿○－○－○
	住　所	〒　000-0000 東京都港区芝公園○－○－○ TEL　03-○○○○-○○○○			
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 令和 2 年 1 月 31 日まで		31 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	○○病院	
		所在地	東京都品川区東品川○－○－○	
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 令和 2 年 5 月 31 日まで		91 日間
	入院をした保険医療機関等	名称	○○病院	
		所在地	東京都品川区東品川○－○－○	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和　年　月　日から 令和　年　月　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　年　月　日から 令和　年　月　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　年　月　日から 令和　年　月　日まで		日間
	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　○男　㊞　市区町村長印