

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 | | — | | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | |
| 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 | 日まで | |
| 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 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) |
|-----------------|---|