

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

市区町村民税
非課税などの
低所得者用

被保険者証 記号・番号	1234 - 5678	名称	〇〇木材 株式会社		
被保険者	氏名	木材 太郎	事業所	所在地	東京都江東区〇〇 ×-×
	生年月日	昭平 〇年〇月〇日			
	住所	〒 135 - 0000 東京都江東区〇〇 ×-× 〇〇マンション△△号 TEL 03 (1234) 5678			
適用対象者 (使用する方)	氏名	木材 花子	被保険者との 続柄	妻	
	生年月日	昭平 〇年〇月〇日			
長期入院(※)	該当・非該当				

※長期入院とは過去1年間の入院日数が90日間を超える場合。

★ここから下は長期入院で『該当』と答えた方のみご記入ください。

入院 期 間 等 の 記 録	1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 〇年〇月〇日 から 〇日間 令和 〇年〇月〇日 まで
		入院した医療機関等	名称 〇〇医院 所在地 東京都台東区〇〇 ×-×
	2	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 〇年〇月〇日 から 〇日間 令和 〇年〇月〇日 まで
		入院した医療機関等	名称 〇〇大学付属病院 所在地 東京都文京区〇〇 ×-×
	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
		入院した医療機関等	名称 所在地

東京都木材産業健康保険組合

★入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている病院の領収書等)を添付してください。

上記の通り関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 〇年 〇月 〇日

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者には 年度の市(区)町村税が課税されないことを証明する。 市区町村長名 ㊞
-----------------	--

受付日付印