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

被保険者等の記号・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			
	生年月日	曜○年○月○日		所在地	東京都江東区〇〇 ×一×	
		<del>-</del> 135 – 0000				
	住 所	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 続	者との 柄	妻	
	生年月日	♀ ○ 年 ○ 月 ○ 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。

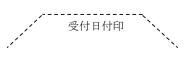
入		申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	○ 年 ○ 月 ○ 日 から ○ 年 ○ 月 ○ 日 <sup>まで</sup> ○ 日間
院	1	入院した医療機関等	名 称	〇〇医院
		八匠した区原版関サ	所在地	東京都台東区○○ ×-×
期		申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	〇年〇月〇日から〇日間
間			令和	○ 年 ○ 月 ○ 日 *c
等	2	入院した医療機関等	名 称	〇〇大学付属病院
の		ス 別 し た 区 冰 1版 内 寸	所在地	東京都文京区〇〇 ×-×
		申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年 月 日 から 日間
記		中間日の削1年間の八阮朔間(日数)	令和	年 月 日まで
録	3	入院した医療機関等	名 称	
			所在地	

★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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

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



東京都木材産業健康保険組合