

常務理事	事務長	室長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

トヨタ販売連合健康保険組合 理事長 殿

提出日 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等記号・番号		—		長期入院		該当・非該当	
	被保険者	氏名			事業所	名称		
		生年月日	年 月 日			所在地		
	対象者	氏名			性別		男・女	
		生年月日	年 月 日		被保険者との続柄			
		住所	〒 —				TEL () —	

この欄は、直近1年間のうち、減額認定を受けて入院した日数が、90日を超えたとき(長期入院該当)の申請をする時のみ記入してください					入院日数合計		日間		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日 から 年 月 日 まで _____日間				
		入院をした保険医療期間等の	名称						
			所在地						
		②	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日 から 年 月 日 まで _____日間			
			入院をした保険医療期間等の	名称					
		③		申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日 から 年 月 日 まで _____日間		
	入院をした保険医療期間等の		名称						
		④	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日 から 年 月 日 まで _____日間			
	入院をした保険医療期間等の		名称						
		所在地							

上記のとおり関係書類を添えて申請します

※ 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	当該被保険者には令和 年度の市(区)長村民税が課されないことを証明する。	
	年 月 日	
	市区町村長名	印

・被保険者等記号・番号は、マイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書でご確認いただけます。
(記号番号の代わりに個人番号を記入することも可能ですが、その場合は番号法で定められた本人確認書類の添付が必要となります。詳細はホームページをご覧ください。)