

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	被保険者証記号番号		—		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			
			所在地			
	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			
		所在地				
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