

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 R6年 7月 25日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号番号		591 - 1		長期入院	該当・ 非該当
	被保険者	氏名	健保 太郎		事業 所	トヨタ〇〇株式会社
		生年月日	H1年 6月 24日		所在地	名古屋市〇区〇丁目〇番〇号
	対象者	氏名	健保 花子		性 別	男・ 女
		生年月日	H4年 3月 27日		被保険者との続柄	配偶者
		住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 名古屋市〇区〇丁目〇番〇号 〇マンション〇〇〇号 Tel (090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇			

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