

交 付 決 議 書						
受 付 年 月 日	年 月 日					
伺 年 月 日	年 月 日					
決 裁 何 月 日	年 月 日					
発 効 年 月 日	年 月 日					
有 効 期 限	年 月 日					
交 付 番 号			資 格 取 得	年 月 日		

健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書(低所得者用)

記号・番号	-		事業所名			
被 保 険 者	氏 名					
	住 所					
	生年月日	年 月 日生				
対 象 者	氏 名				被保険者 との 続柄	
	生年月日	年 月 日生				
入院する(した) 保険医療機関	名 称					
	所在地					
入院見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間					
認定証送付先	宛 先					
	住 所	〒				
長 期 入 院	該 当 ・ 非該当		適 用 区 分	住民税非課税 ・ 標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならないもの		
長期入院該当者のみ記入して下さい。				入院合計日数	日間	
①	申請日前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 ~ 年 月 日 まで 日間			
	入 院 した 医 療 機 関	名 称				
		所在地				
②	申請日前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 ~ 年 月 日 まで 日間			
	入 院 した 医 療 機 関	名 称				
		所在地				
③	申請日前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 ~ 年 月 日 まで 日間			
	入 院 した 医 療 機 関	名 称				
		所在地				

藤倉コンボジット健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

市区町村長 証 明 欄	当被保険者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
	年 月 日 市区町村名 ⑩