

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号一番号	—	生年月日		
			昭 平	和 成	年 月 日
	氏名	(フリガナ)			
	住所	(〒 —) 都道 府県			
電話番号	勤務先	-	-	日中（平日）に連絡がつく電話番号を記入してください。	
	携帯・自宅等	-	-		

対 象 者	受診する方	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	必要となる月	令和	年	月	入院などで「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要となる月を記入してください。
	ケガで受診するときに記入 (病気で受診するときは記入不要)	【ケガの内容】	【原因】※ケガの発生状況などを簡潔に記載してください		
			負傷日	年 月 日	
	長期入院 (申請月以前1年間にすでに90日を超えて入院されているときは「該当」に○)	該 当	申請書②長期入院欄に必要事項を記入してください。		
		非 該 当			

希 望 送 付 先	「被保険者情報」欄に記入した住所以外の場所に送付を希望する場合がございます。	
	住所	(〒 —) 都道 府県 電話番号 (—)
	宛名	

健康保険組合使用欄	
標準報酬月額	区分
千円	

受付日付印

被保険者氏名

長期入院に該当される方は記入してください

日間

申請月以前1年間の
入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで

日間

1

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

申請月以前1年間の
入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで

日間

2

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

申請月以前1年間の
入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで

日間

3

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

申請月以前1年間の
入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで

日間

4

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

申請月以前1年間の
入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで

日間

5

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

被保険者の非課税証明書の添付があれば証明は不要です。

市区町村長証明欄

当該被保険者（氏名 ）は令和（ ）年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名

印

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。