

|      |     |    |     |      |
|------|-----|----|-----|------|
| 常務理事 | 事務長 | 会計 | 担当者 | 台帳照合 |
|      |     |    |     |      |

### 健康保険限度額適用・標準負担額認定申請書

|                |      |          |       |                  |
|----------------|------|----------|-------|------------------|
| 被保険者証記号・番号     |      | —        |       |                  |
| 被保険者           | 氏名   | Ⓜ        |       |                  |
|                | 生年月日 | (和暦)     | 年 月 日 | 事業所<br>名称<br>所在地 |
| 減額対象者          | 氏名   | 被保険者との続柄 |       |                  |
|                | 生年月日 | (和暦)     | 年 月 日 | 性別<br>男 ・ 女      |
| 被保険者（減額対象者）の住所 |      |          |       |                  |

|                               |                    |          |              |    |
|-------------------------------|--------------------|----------|--------------|----|
| 長期入院                          |                    | 該当 ・ 非該当 |              |    |
| ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入して下さい。 |                    |          | 入院日数合計 ( 日間) |    |
| ①                             | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | 平成・令和    | 年 月 日から      | 日間 |
|                               | 入院をした保険医療機関等       | 平成・令和    | 年 月 日まで      |    |
|                               |                    | 名称       |              |    |
| 所在地                           |                    |          |              |    |
| ②                             | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | 平成・令和    | 年 月 日から      | 日間 |
|                               | 入院をした保険医療機関等       | 平成・令和    | 年 月 日まで      |    |
|                               |                    | 名称       |              |    |
| 所在地                           |                    |          |              |    |
| ③                             | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | 平成・令和    | 年 月 日から      | 日間 |
|                               | 入院をした保険医療機関等       | 平成・令和    | 年 月 日まで      |    |
|                               |                    | 名称       |              |    |
| 所在地                           |                    |          |              |    |
| ④                             | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | 平成・令和    | 年 月 日から      | 日間 |
|                               | 入院をした保険医療機関等       | 平成・令和    | 年 月 日まで      |    |
|                               |                    | 名称       |              |    |
| 所在地                           |                    |          |              |    |
| ⑤                             | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | 平成・令和    | 年 月 日から      | 日間 |
|                               | 入院をした保険医療機関等       | 平成・令和    | 年 月 日まで      |    |
|                               |                    | 名称       |              |    |
| 所在地                           |                    |          |              |    |

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

SMBC コンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

|             |              |              |
|-------------|--------------|--------------|
| (注)         | 当該被保険者には     | 年度の市(区)町村民税が |
| 市区町村長が証明する欄 | 課されない事を証明する。 |              |
|             | 市区町村長名       | Ⓜ            |