

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	700 — 7000				
被保険者	氏名	健康 太郎	事業所	名称	〇〇〇株式会社
	生年月日	(和暦)●● XX年7月7日		所在地	東京都千代田区大手町 1-2-4
減額対象者	氏名	健康 太郎	被保険者との続柄	本人	
	生年月日	(和暦)●● XX年7月7日	性別	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 平成・令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	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 平成・令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	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 平成・令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	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 平成・令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	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 平成・令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	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 XX年 4月 15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) 市区町村 長が証明 する欄	当該被保険者には 課されない事を証明する。 市区町村長名	年度の市(区)町村民税が 印
----------------------------	--	-----------------------