

(市区町村民税の非課税者用)

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

被保険者等記号・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 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			
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			
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			
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			
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 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)	当該被保険者には	年度の市(区)町村民税が
市区町村	課されない事を証明する。	
長が証明		
する欄	市区町村長名	印