

(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	—			
被保険者	氏名	(印)	事業所	名称
	生年月日	(和暦) 年 月 日		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	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) 入院をした保険医療機関等	平成・令和 年 月 日から	日間	
		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) 入院をした保険医療機関等	平成・令和 年 月 日から	日間	
		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) 入院をした保険医療機関等	平成・令和 年 月 日から	日間	
		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) 入院をした保険医療機関等	平成・令和 年 月 日から	日間	
		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) 入院をした保険医療機関等	平成・令和 年 月 日から	日間	
		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) 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。	年度の市(区)町村民税が
	市区町村長名	(印)