

(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	㊦		
	生年月日	(和暦) 年 月 日	事業所	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)	平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 年 月 日まで		
	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 日間 平成・令和 年 月 日まで		
	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 日間 平成・令和 年 月 日まで		
	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 日間 平成・令和 年 月 日まで		
	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 日間 平成・令和 年 月 日まで		
	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 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。  市区町村長名	年度の市(区)町村民税が  ㊦
----------------------------	----------------------------------------	-----------------------