

# 健康保険 限度額適用・ 標準負担額減額認定 申請書(別紙)

電子申請用

市区町村民税非課税などの低所得者用

この用紙は、電子申請するときに、長期入院情報欄（入院期間や医療機関等を入力するところ）が不足した場合に使用してください。

6つ目以降の情報をご記入いただき、添付書類アップロード画面の「その他添付書類」にアップロードしてください。

被保険者氏名

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	日間
①	名称				
	所在地				
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	日間
②	名称				
	所在地				
長期入院欄	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	日間
	③	名称			
④	所在地				
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	日間
⑤	名称				
	所在地				
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	日間
⑥	名称				
	所在地				

2 3 0 2 1 2 0 3