

※ 決 裁	常務理事	事務長	次長	合議	係	※発効年月日
						令和 年 月 日
						※有効期限 令和 年 月 日

「※」印欄は記入しないで下さい。

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者	記号	2000	番号	200	事業所名	びわこ農業協同組合	
	所在地	滋賀県大津市〇〇1丁目1番地					
	氏名	健康太郎		性別	男・女	生年月日	昭・平 40年 5月 1日
住所	〒520-0000 大津市△△3丁目3番地						
減額認定 対象者	氏名	健康太郎		性別	男・女	生年月日	昭・平・令 40年 5月 1日
	被保険者との続柄	本人					
	住所	〒520-0000 大津市△△3丁目3番地					

減額認定対象者の方は長期入院されましたか はい・いいえ (どちらかに○印をお願いします。)

ここから下は、長期入院 **はい** と答えた場合のみ記入してください 入院日数合計 日間

① 申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 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)	令和 年 月 日 から 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)	令和 年 月 日 から 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)	令和 年 月 日 から 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)	令和 年 月 日 から 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

※ 市区町村民税が非課税の方は、非課税証明書を添付して下さい。

◎4月から7月診療分までは、前年度の非課税証明書が必要になります。

◎8月から翌年3月診療分までは 当年度の非課税証明書が必要になります。

令和 元 年 10 月 1 日

上記のとおり申請いたします。

滋賀県農協健康保険組合 殿

受付印

※ 決 裁	常務理事	事務長	次長	合議	係	※発効年月日
						令和 年 月 日
						※有効期限 令和 年 月 日

「※」印欄は記入しないで下さい。

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者	記号	2000	番号	200	事業所名	びわこ農業協同組合	
	所在地	滋賀県大津市〇〇1丁目1番地					
	氏名	健康太郎		性別	男・女	生年月日	昭・平 40年 5月 1日
住所	〒520-0000 大津市△△3丁目3番地						
減額認定 対象者	氏名	健康太郎		性別	男・女	生年月日	昭・平・令 40年 5月 1日
	被保険者との続柄	本人					
	住所	〒520-0000 大津市△△3丁目3番地					

減額認定対象者の方は長期入院されましたか **はい**・いいえ (どちらかに○印をお願いします。)

ここから下は、長期入院 **はい** と答えた場合のみ記入してください 入院日数合計 日間

① 申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 元年 5月 12日 から 令和 元年 6月 30日 まで	50 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)	令和 元年 7月 22日 から 令和 元年 9月 10日 まで	50 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)	令和 年 月 日 から 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)	令和 年 月 日 から 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)	令和 年 月 日 から 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

※ 市区町村民税が非課税の方は、非課税証明書を添付して下さい。

◎4月から7月診療分までは、前年度の非課税証明書が必要になります。

◎8月から翌年3月診療分までは 当年度の非課税証明書が必要になります。

令和 元 年 10 月 1 日

上記のとおり申請いたします。

滋賀県農協健康保険組合 殿

受付印