

大同特殊鋼健康保険組合 殿

常務理事	事務長	課長	担当者

被 保 険 者 健康保険標準負担額減額申請書
 家族(被扶養者)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号番号		記号	番 号		
	被 保 険 者	氏 名				事 業 所
		生年月日	年	月	日	
	減員対象者	氏 名				性 別
		生年月日	年	月	日	
	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)
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から
			平成	年	月	日まで
	入院をした保険医療機関等		名 称			
			所在地			
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から
			平成	年	月	日まで
	入院をした保険医療機関等		名 称			
		所在地				
申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	
		平成	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標準負担額減額認定証の交付を申請します。

(注)市区町村長が証明する欄	当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
	市区町村長名
	印

