

年 月 日

サンケン電気健康保険組合 御中

健康保険限度額適用
標準負担額減額認定証
申請書 (70歳未満)

被保険者証記号番号		事業所の名称	
被保険者名	氏名	生年月日	年 月 日
適用認定者 被保険者の場 合は記入不要	氏名	生年月日	年 月 日
	続柄	性別	男 ・ 女
被保険者(認定証適用対 象者)の住所		〒 TEL	
長期入院	該当・非該当	91日目	年 月 日
申請日の前1年間の入院期間(日数)		認定証長期日 年 月 日 から まで 日間	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		

上記のとおり関係資料を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の認定を申請します。

関係資料	イ. 課税証明	備考欄					
適用区分			健康保険組合受付				
現年度	A. 上位 B. 一般 C. 低所得	I ・ II	常務理事	事務長	係員	係員	
前年度	A. 上位 B. 一般 C. 低所得	I ・ II					
前々年度	A. 上位 B. 一般 C. 低所得	I ・ II					