

常務理事	事務長	課長	担当者

みづほ健康保険組合

被 保 険 者 等 記 入 欄	被保険者証の	記号番号 —	事業所名称			
			事業所所在地			
	氏名	フリガナ	生年月日 年 月 日	性別	☐ 男	☐ 女
	住所	(〒 —)	電話番号（日中の連絡先） Tel ()			
	減額対象者の氏名	フリガナ	生年月日 年 月 日	性別	☐ 男	☐ 女
	減額対象者の住所	(〒 —)	被保険者との続柄			

長期入院	該当 ・ 非該当	入院日数合計（ 日間）
------	----------	-------------

ここから下の欄は、長期該当者として申請する場合のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
	入院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	日間
		令和 年 月 日まで	
	入院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	日間
		令和 年 月 日まで	
	入院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	日間
		令和 年 月 日まで	
	入院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	日間
		令和 年 月 日まで	
	入院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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

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）町村名	印

受付印