

健康保険食事療養標準負担額減額申請書 ※低所得者の負担軽減

コスモエネルギーグループ健康保険組合
 受付年月日 年 月 日

常務理事	事務長	係

事業所担当者印

健康保険者の記号・番号		—	
被保険者	氏名	Ⓜ	事業所名称
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	事業所所在地
減額対象者	氏名	被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	長期入院 該当 ・ 非該当
被保険者(減額対象者)の住所			
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	

事業主が証明する欄	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	令和 年 月 日		
	住所		
	事業主名称		
	事業主氏名	Ⓜ	