**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

係

事務長

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所担当者印 |  | **健康保険者証記号・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** |  **日間** |
| **令和 年 月 日まで** |
|  |  | **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** |  **日間** |
| **令和 年 月 日まで** |
|  |  | **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** |  **日間** |
| **令和 年 月 日まで** |
|  |  | **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** |  **日間** |
| **令和 年 月 日まで** |
|  |  | **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** |  **日間** |
| **令和 年 月 日まで** |
|  |  | **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**  |