

健康保険食事療養標準負担額減額申請書

コスモ石油健康保険組合
受付年月日 年 月 日

常務理事	事務長	係

事業所印
[]

健康保険者証記号・番号		5 2028999	
被保険者	氏名	健保 太郎 (健保)	事業所名称 コスモ石油(株)
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	事業所所在地 東京都港区芝浦1-1-1
減額対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄 妻
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	長期入院 <input checked="" type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当
被保険者(減額対象者)の住所		東京都港区芝一丁目10番11号	
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)
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月 日から 日間
	平成	年	月 日まで
入院をした保険医療機関等	名称	病院	
	所在地	東京都 区 2	
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月 日から 日間
	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 日間
	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 日間
	平成	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。		
	平成 年 月 日		
	住所		
	事業主名称		
	事業主氏名	印	