

常務理事	事務長	課長	係員

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税
非課税などの
低所得者用

1 2

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			☐ 昭和		
				☐ 平成		
				☐ 令和		
	(フリガナ)					
	氏名・印	印				
	住所	(〒)	都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	☐ 昭和		
				☐ 平成		
				☐ 令和	年	月 日
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月				
	療養する方は、長期入院されましたか。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。			☐ はい ☐ いいえ  「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。		

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
	住所	(〒)	都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
	宛名					被保険者 との関係

上記のとおり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。 令和 年 月 日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印

受付日付印

長期入院欄

申請を行った月以前
1年間の入院日数合計

日間

1 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

年

月

日

から

年

月

日まで

日間

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

2 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

年

月

日

から

年

月

日まで

日間

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

3 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

年

月

日

から

年

月

日まで

日間

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

4 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

年

月

日

から

年

月

日まで

日間

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

5 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

年

月

日

から

年

月

日まで

日間

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

市区町村長証明欄

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

当該被保険者(氏名)は令和()年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名

印

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。