

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

ケガの場合は、負傷原因届を併せてご提出ください。

被保険者(申請者)記入用

記号・番号は、右づめで記入してください。

被保険者情報

健康保険の
(右づめ)

8 8 8

番号

8 8 8 8 8

枝番は不要です。

月日 年 月 日

昭和
 平成

5 5 0 5 0 5

(フリガナ) タイヘイ ヨウダイ

氏名

太平 洋大

日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。

電話番号
(日中の連絡先)

TEL 090 (xxx) ΔΔΔΔ

埼玉

都道

日高市〇〇町×××

委任しない場合は、✓をつけずに直接申請書を健保組合にお送りください。
この申請書は、事業主を通さなくても申請が可能です。

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は✓)

認定対象者欄

療養を受ける方

氏名

太平 洋子

生年
月日

昭和
 平成
 令和

60 年 3 月 3 日

療養予定期間

令和 4 年 3 月 21 日 ~ 令和 4 年 4 月 30 日

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。

事業所以外(自宅や病院等)への送付を希望する場合はご記入ください。

希望送付先

住所

(〒 〇〇〇 - ××××)

埼玉

都道
府県

日高市〇〇町×××

電話番号
(日中の連絡先)

TEL 090 (xxx) ΔΔΔΔ

宛名

太平 洋大

病院等に送付を希望される場合は、確実に届くように〇〇病院〇〇科〇〇など詳細に記載してください。

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。
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 4 年 3 月 10 日

○添付書類
・非課税証明書

事業所欄

上記のとおり、被保険者から申請(委任✓)がありましたので提出

委任しない場合は、こちらの記入は不要です。

令和 年 月 日

所在地
名称
氏名

事業所記入

担当者名

TEL ()

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

・健康保険の記号番号を記入した場合は不要です
・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

被保険者のマイナンバー記載欄

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

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	101 日間	
	1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和 3 年 12 月 1 日 から 令和 4 年 1 月 31 日まで	62 日間
	入院した 保険医療機関等	名称	〇〇総合病院
		所在地	埼玉県さいたま市〇〇区〇〇-××-△△
	2 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和 4 年 2 月 3 日 から 令和 4 年 3 月 13 日まで	39 日間
	入院した 保険医療機関等	名称	〇〇総合病院
	所在地	埼玉県さいたま市〇〇区〇〇-××-△△	
3 申請を行った月以前 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)	令和 年 月 日 から 令和 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)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称		
	所在地		

市区町村長の証明または
(非)課税証明書を添付して
ください。

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。

市区町村長証明欄	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

※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(非課税証明書)が必要となります。