

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	健康保険の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和			
				<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒	-)	都	道	
					府	県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			
<input type="checkbox"/> 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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日			
				<input type="checkbox"/> 平成						
				<input type="checkbox"/> 令和						
	療養予定期間	令和	年	月	日	~	令和	年	月	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。				<input type="checkbox"/> はい	➡	「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。				
				<input type="checkbox"/> いいえ						

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	(〒	-)	都	道	
					府	県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			
	宛名						

※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 年 月 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します。						
				令和	年	月	日
	所在地 名称 氏名					担当者名	
	TEL	()				

- ・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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【健保使用欄】

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

--

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	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。