

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(申請者)情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/>			
	氏名	(フリガナ) _____					
	住所	〒 _____					
電話番号	日中の連絡先	TEL	-	-	携帯	勤務先	自宅
上記住所と別のところに送付を希望する場合		〒	-	宛先			

認定対象者	療養を受ける方	被保険者 被扶養者	氏名	生年月日	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/> 令和 <input type="text"/>	
	療養予定	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	病気 ケガ	原因
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	「長期入院欄」に1年間の入院期間をご記入ください。

申請代行者	被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏名	被保険者との関係	申請代行の理由	
	日中の連絡先	TEL	-	-

※限度額適用認定証の送付または申請書の返戻は、被保険者住所または送付を希望する住所となります。

上記のとおり健康保険限度額適用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

受付日付印

(R3.10)

組合使用欄	伺	発効日	令和 年 月 日
	資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日
	報酬月額	千円	区分
			低所得者 (70歳未満) 低所得者Ⅱ (70歳以上) 低所得者Ⅰ (70歳以上)

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)	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		
	2 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		
	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 _____ 

※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。