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	被保険者の	記号　番号	生年月日 昭和 平成　年　月　日
	氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	
	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 昭和 平成 令和　年　月　日
	療養予定	令和　年　月　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 → 「長期入院欄」に１年間の入院期間をご記入ください。 いいえ

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 日中の連絡先　TEL　－　－	被保険者との関係	申請代行の理由 被保険者が入院中　その他 （　　）

※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。

被保険者の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

受付日付印

上記のとおり限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。令和　年　月　日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

（R6.12）

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	有効期限	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　　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。