

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

ページ

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入下さい。

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日			
	被保険者証の		☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 -)	都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	()				

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方 (使用する方)	氏名	生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	適用有効期間	申請受付月初日 (健保加入月に申請された場合は資格取得日) ~ 最初に到来する7月の末日					
		* 非課税証明書を添付、もしくは2ページ目に市区町村長からの非課税証明を受けてください。 例：R2.8～R3.7診療→令和2年度 (令和元年収入) 非課税証明 R3.8～R4.7診療→令和3年度 (令和2年収入) 非課税証明					
	長期入院されましたか？ * 長期入院とは過去1年間の入院日数が90日間を超える場合	☐ はい ☐ いいえ → 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」にご記入ください。					

送 付 希 望 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)	()				
	宛名					

申 請 代 行 者 欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。					
	氏名				申請代行の理由	☐ 被保険者が入院中で外出できないため ☐ その他 ()
	電話番号 (日中の連絡先)	()			被保険者との関係	

限度額適用・標準負担額減額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。

上記のとおり関係書類を添えて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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄				

常務理事	事務長			

受付日付印

*1ページで長期入院された方と答えた方のみご記入いただき、入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている領収書など）を添付してください。

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

* 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。

市区町村長が
証明する欄

当該被保険者（氏名）は、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非課税証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の非課税証明が必要となります。

例：R3.4～R3.7診療→令和2年度（令和元年收入）非課税証明、R3.8～R4.3診療→令和3年度（令和2年收入）非課税証明