

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者用)

記入例

常務理事	事務長	係	(事業所担当者)

記入方法については、記入例をご確認ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号 〇〇〇	番号 123456	生年月日 昭和 平成 〇〇 年 〇〇 月 11 日 05
	氏名・印	ふりがな あじの たろう 味野 太郎	印	自署の場合は押印を省略できます。
	住所	〒 220-0000	神奈川県 横浜市 西区〇×町 〇-〇-〇	電話 045 - 0000 - 0000

対 象 者 情 報	療養を受ける方 (被保険者の場 合は記入の必要 はありません)	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	被保険者との続柄	性別	男 ・ 女				

療 養 期 間 等	療養予定期間	令和 〇〇 年 8 月 10 日 ~
	療養する方は、長期入院されましたか？ ※長期入院とは、申請月以前1年間に90日間を超えて入院されて いることです。但し、非課税期間の入院に限ります。	1. はい 2. いいえ

送 付 希 望 先	ご希望の送付先を選択してください。						
	1. 上記住所に送付						
	2. 社内便	(事業所)	(部署名)				
	3. その他	〒 150-0000	東京都 渋谷区	〇〇町 1-1-1	(宛名) 〇〇〇病院 医事課気付 味野太郎		
電話 03 - 0000 - 0000							

申 請 代 行 者 欄	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。(事業所の健保担当者が代行する等)						
	氏名・印	印				被保険者との関係	
	電話番号 (日中の連絡先)	—	申請代行 の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他()			

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

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)

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

※社内便又は郵送にて提出してください。

受付印

〒104-0031

東京都中央区京橋一丁目19-5

味の素健康保険組合

長期入院記入欄	申請を行なった月以前1年間の入院日数合計		9 3 日間		
	①申請を行なった月以前1年間の入院期間(日数)		平成・令和 ○○年3月7日 から平成・令和 ○○年3月20日まで		
	入院した医療機関等	名称	△△病院		
		所在地	神奈川県横浜市西区○-○-○		
	②申請を行なった月以前1年間の入院期間(日数)		平成・令和 ○○年3月20日 から平成・令和 ○○年4月30日まで		4 2 日間
	入院した医療機関等	名称	〇〇総合病院		
		所在地	神奈川県横浜市中区○-○-○		
	③申請を行なった月以前1年間の入院期間(日数)		平成・令和 ○○年6月3日 から平成・令和 ○○年7月9日まで		3 7 日間
	入院した医療機関等	名称	〇〇総合病院		
		所在地	神奈川県横浜市中区○-○-○		
	④申請を行なった月以前1年間の入院期間(日数)		平成・令和 年 月 日 から平成・令和 年 月 日まで	日間	
	入院した医療機関等	名称			
所在地					
⑤申請を行なった月以前1年間の入院期間(日数)		平成・令和 年 月 日 から平成・令和 年 月 日まで	日間		
入院した医療機関等	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。

市区町村証明欄	当該被保険者(氏名)は平成()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

■ 添付書類

●住民税非課税の方...被保険者の住民税の(非)課税証明書(原本)

(申請書の証明書欄に記載を受けた場合は不要)

※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～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。

(例)・平成30年8月診療分～平成31年7月診療分:平成30年度(平成29年中収入)の証明書

・平成31年8月診療分～令和1年7月診療分:平成31年度(平成30年中収入)の証明書

●長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えて入院)される方...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)