

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

被保険者（申請者）記入用①

常務理事	事務長	担当者

記入方法および添付書類等については、健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入例をご確認ください。
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

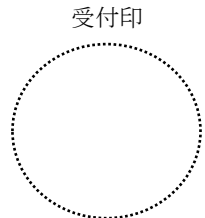
被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号 — 番号	生年月日
		—	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名	(フリガナ)	
住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 —)		
	TEL :	()	

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は、 記入の必要が ありません。)	氏名	生年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和
	療養予定期間（申請期間）	令和 年 月 ～ 令和 年 月		
	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年間に既に90日を超えて入院されて いる事です。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	⇒「はい」と答えた場合、2ページ目の 「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。	

希 望 送 付 先	【認定証送付先の決まり】 ◆認定対象者が被保険者（本人）・任意継続者（本人・家族）の場合 → 被保険者情報に記載頂いたご住所へ簡易書留にて郵送。 ◆認定対象者が被扶養者（家族 ※任意継続家族を除く）の場合 → 被保険者のご勤務先へ社内メール便（親展扱い）にて発送。 上記条件以外の場所へ送付を希望の場合、下欄にご記入ください。 ※〇〇様方、〇〇病院〇階〇病棟〇〇号室 等、詳しくご記入ください。 尚、送付先が病院の場合は、必ず事前に病院の許可を得てから送付先に指定するようにしてください。		
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 —) TEL : ()	
	宛名		

市 区 町 村 長 証 明 書	＜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＞ (注意) 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。 尚、必要とされる方が家族の場合でも、証明もしくは非課税証明書は被保険者分が必要です。		
	当該被保険者（氏名： ）には、 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 令和 年 月 日 ⑥		

健 保 記 入 欄	交付年月日	令和 年 月 日
	適用年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日



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

被保険者（申請者）記入用②

記入方法および添付書類等については、健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入例をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。

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）	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日から	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	日間		
		入院した 保健医療機関等	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）	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日から	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	日間		
		入院した 保健医療機関等	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）	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日から	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	日間		
		入院した 保健医療機関等	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）	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日から	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	日間		
		入院した 保健医療機関等	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）	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日から	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	日間		
		入院した 保健医療機関等	名称 所在地									

長期入院（申請日の前1年間に減額対象者としての入院日数が90日を超える場合）による申請をする場合は、その入院期間（日数）を確認できる保険医療機関等の領収書等を添付してください。