

## 記入例

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	被保険者証の記号番号(左づめ)	記号 9 9 9 9	番号 - 4 5 6 7	枝番 / 1 2	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 X X	月 X	日 X	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	フリガナ	チイキ ジロウ									<input type="checkbox"/> 自宅	<input checked="" type="checkbox"/> 携帯
	氏名	地域 次郎									1 2 3 4 0 0 0 0 <small>町名・番地</small>	
住所	〒	0 0 0	-	0 0 0 0	△△1-2-3 <small>市区町村</small>	□□マンション101号室 <small>アパート・マンション名</small>						
	東京都	都道府県	〇〇区	市区町村								

枝番は、保険証に印字されている場合に記入

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	地域 次郎			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 X X	月 X	日 X
	療養予定期間(申請期間)	令和	X X X X	~	令和	X X X X				
	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日を越えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課せられていない期間の入院期間に限ります。					<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		➡ 「はい」と答えた場合、2ページ「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下さい。		


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	〒		-							<small>町名・番地</small>
	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯							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		被保険者との関係							
	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

※限度額適用・標準負担額減額認定証の送付先は、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。  
 ※申請書受付月より前の月の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

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 XX 年 XX 月 XX 日

組合受付印	事業所受付印
	

※両面印刷により提出願います。



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

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												

この欄に市区町村長の証明を受けるか、非課税証明書の添付が必要です。

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明、  
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

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税されないことを証明する。 令和 年 月 日
	市区町村長名 印

※4月から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。