

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者が市区町村民税  
非課税などの低所得者用

マイナ保険証を所有せず、限度額適用認定証の交付を希望する場合にご提出ください

下記のとおり証明書類を添付の上、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。

申請日 令和 年 月 日

被保険者等 記号番号		—		マイナンバー記入欄(記号番号を記入した場合は不要です)	
被保険者	氏名			事業所 名称(所属)	
	生年月日	昭・平	年 月 日	所在地	
認定対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	性別	男・女
認定対象者は医療費助成等により窓口負担の全額又は一部について助成を受けていますか					はい・いいえ
傷病の原因は第三者の行為(交通事故・傷害等)によるものですか					はい・いいえ
被保険者(認定対象者)の住所		〒 —		TEL ( )	
長期入院(※)	該当 非該当	→ 「該当」の場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の 入退院をご記入ください。			
(※)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、市区町村民税が課せられていない期間に限ります。					

◆被保険者、認定対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者	氏名			被保険者との続柄	
	電話番号	( )			
申請代行の理由					

認定証送付先(いずれか○)	事業所経由	※認定証は、この申請書を健保で受付けた日の属する月から適用になります。			
	上記自宅宛				
	自宅以外	〒 —		TEL ( ) 方	

健保使用欄					
発効年月日	令和	適用区分			
有効期限(発効から最長1年)	令和				
申請経路	事業所・被保険者(認定対象者)・他( )				
マイナ保険証を確認	有 ⇒ 交付しない(申請書を返戻)	受付日	常務理事	事務長	担当者
	※R7.12.1までは交付する				
	無 ⇒ 交付する				

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

長期入院該当者は、申請を行った月以前1年間の入院毎の状況についてご記入ください。

長期入院欄	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			日間
	入院した	名称			
	保険医療機関等	所在地			
	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			日間
	入院した	名称			
	保険医療機関等	所在地			
	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			日間
	入院した	名称			
	保険医療機関等	所在地			
	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			日間
	入院した	名称			
	保険医療機関等	所在地			
入院日数合計				日間	

市区町村長証明欄	市区町村税が非課税の方は、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) _____ には令和 _____ 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  <div style="text-align: center;">印</div>

※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。