

## 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

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 平成 年 月 日

健康保険被保険者証 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	印 ※自署の場合は押印を省略できます		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	年 月 日	性別	男・女
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	印		被保険者との続柄
	電話番号	TEL ( )		
申請代行の理由				

認定証送付先(いずれか○)	事業所経由	※認定証の適用開始日は、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	〒 —	方 TEL ( )	

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">健保使用欄</div>				
発効年月日	平成 年 月 日	適用区分		
有効期限(発効から最長1年)	平成 年 月 日			
申請経路	事業所・被保険者(認定対象者)・他( )			
健保受付・認定年月日	常務理事	事務長	担当者	
				入力
				発行

## 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	平成 年 月 日から平成 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	平成 年 月 日から平成 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	平成 年 月 日から平成 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	平成 年 月 日から平成 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

※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。