

No.

常務理事	部長	担当者	適用区分	長期入院	該当・非該当	発効年月日	年 月 日
			オ・II・I	発行年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

① 被保険者証の 記号番号	(記号)	(番号)	②事業所名	
被保険者の	③氏名	(カナ)	④生年月日	昭和 年 月 日 平成
	⑤住所	〒 ー TEL ( )		
認定証交付対象者の	⑥氏名	(フリガナ)	⑦生年月日	昭和 年 月 日 平成
	⑧性別	男 ・ 女	⑨被保険者との続柄	
	⑩入院(予定)期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月		
⑪	入院する方は長期入院されましたか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑫	⑤とは別の送付先を希望する場合は、その送付先		TEL ( ) (宛名)	
⑬備考	※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認をするための書類が必要です。)			

### ◎注意事項等

- この申請書は市区町村民税が非課税の方等が療養される(されている)場合に使用してください。
- 対象者が被保険者本人の場合、⑥⑦⑧⑨の記入は不要です。
- 市区町村民税が非課税の方は、申請書に市区町村長から非課税であることの証明(4月から7月までの診療については前年度、8月から翌年3月までの診療については当年度の課税に関する証明)を受けるか、別に「市町村民税非課税証明書」または「マイナンバー(個人番号)による課税情報等の確認申出書」を添付してください。
- 低所得者の適用を受けることにより、生活保護を必要としない方は、「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」またはこれらの写しに、事業主、民生委員、福祉事務所長が原本証明したものを添付してください。
- 長期入院に該当される方は、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等)を添付してください。 受付年月日

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 年 月 日 から 平成 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)	平成 年 月 日 から 平成 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)	平成 年 月 日 から 平成 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)	平成 年 月 日 から 平成 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)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	

市区町村長証明欄	当該被保険者は 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名 ㊟
----------	---