

発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	オ ・ I ・ II

常務理事	事務長	課長	係長	係員

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 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号番号	記号	番号	事業 所 名 称		
	被保険者	氏名				
	被保険者	生年月日	昭和・平成 年 月 日	適用対象者	被保険者・被扶養者	
	適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
	※被保険者の 場合は不要	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	被保険者(適用対象者)の住所			TEL		
	交付必要期間(入院予定期間等を記入)			令和 年 月 ~ 令和 年 月		
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)				<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) 委任する場合でマイナンバーを記載して申請するときは 「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元 確認書類」などの添付が必要です。	
	備考欄					
	長期入院	該当・非該当	※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、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。			
ここから下は長期入院該当者として申請する方のみ記入してください。				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・令 年 月 日から 平・令 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・令 年 月 日から 平・令 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・令 年 月 日から 平・令 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・令 年 月 日から 平・令 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・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで			日間	
	入院した保険医療機関等	名称			所在地	

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 年 月 日提出
受付年月日

(注)

証市 明区 す町 する と村 村長 ころ るが	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。
	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を受けてください。

注意事項

- 市区町村民税が非課税となっている方は、市区町村民税非課税証明書を添付してください。なお、(注)の欄に証明を受けた場合はその必要はありません。
- ※ 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です。
- 長期入院該当者として申請する方は、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている保険医療機関等の領収書など)を添付してください。

次の場合は、限度額認定証を返納していただきます。

- 被保険者が資格を喪失した場合。
- 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなった場合。
- 有効期限に達した場合。
- 被保険者が適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合。
- (適用対象者が70歳に達する月の翌月に至ったときを含む。)
- 後期高齢者医療の被保険者となった場合。