

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ) <input type="text"/>			印	メール アドレス
	住所	(〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> )	都 道	府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( <input type="text"/> )					
<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"/> )						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	療養予定期間	令和	年	月	～	令和	年	月	必ずご記入ください
療養する方は、長期入院されましたか。 <small>※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。</small>									
			<input type="checkbox"/> はい	➔ 「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ください。					
			<input type="checkbox"/> いいえ						

希望送付先	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	(〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> )	都 道	府 県					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( <input type="text"/> )							
宛名									

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。								
	氏名・印	<input type="text"/>			印	被保険者との関係			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( <input type="text"/> )			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	( <input type="text"/> )	

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

被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です。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。被保険者のマイナンバー記載欄

- 発効年月日は、特に記載がない場合、申請のあった日の属する月の初日となります。ただし入社の場合は、資格を取得した日又は被扶養者となった日が発効年月日となります。
- 標準報酬月額の変更により所得区分の変更があった場合「健康保険限度額適用認定証」の切替えが必要となります。
- 「健康保険限度額適用認定証」の「有効期限」が過ぎましたら必ず健康保険組合に返却願います。
- 有効期限は、発行月から3ヶ月です。

(健保記入欄)	交付年月日	年	月	日	常務理事	事務長
	発送日	年	月	日		
	発効年月日	年	月	日	担当	担当
	有効期限	年	月	日		
	適用区分	ア イ ウ エ オ				

受付印

# 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

1

2

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)	年 月 日 から	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)	年 月 日 から	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)	年 月 日 から	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)	年 月 日 から	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)	年 月 日 から	年 月 日まで 日間	
入院した 保険医療機関等	名 称		
	所在地		

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①～②のいずれかの方法により申出を行ってください。

①「(非)課税証明書」原本の添付

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付して下さい。

※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「(非)課税証明書」を添付ください。

②市区町村長からの証明

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より証明を受けてください。

市区町村長が  
証明する欄

当該被保険者は平成 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。