

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

被保険者情報	記号	番号	枝番	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名 (フリガナ)	<input type="text"/>					
	住所	(〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>)	都 道 府 県	市 郡 区			
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
療養の目的： <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ 交通事故等第三者の行為によるケガの場合には 「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です							

療養する方は、長期入院されましたか。
※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。

はい いいえ → 「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。

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	市 郡 区			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(<input type="text"/>)				
	宛名	<input type="text"/>					

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。
※申請書受付日の前月以前に遡る発行はできません。日程に余裕をもってご提出ください。

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"/>			被保険者との関係		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(<input type="text"/>)	申請代行者の理由	<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"/>)		

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

受付日付印

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								

市区町村長証明欄

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書(原本)の添付が必要です。

当該被保険者(氏名)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

印

※非課税証明書は以下のものが必要となります。

前年8月診療分から当年7月診療分→前年度の非課税証明書(原本)

当年8月診療分から翌年7月診療分→当年度の非課税証明書(原本)