

常務理事	事務長	担当

資格	資格取得日	年	月	日
格	扶養認定日	年	月	日

## 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)

記入日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	・	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			Ⓜ	* 自署の場合は押印を省略できます	
	住所	〒 -					
		TEL (携帯可) - -					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )							

療 養 を 受 け る 方	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	<b>●療養する方は、長期入院されましたか。</b> ※ 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。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。 <input type="checkbox"/> はい 「はい」と答えた場合は、 <input type="checkbox"/> いいえ 「その2」もご記入ください。						

希 望 送 付 先	上記 被保険者情報に記入した住所と別ところに送付を希望する場合にご記入ください。						
	住所	〒 -					
	宛名	TEL (携帯可) - -					

申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者及び療養を受ける方以外が申請する場合にご記入ください。						
	氏名・印				Ⓜ		
	TEL (携帯可)	- -					
	被保険者との関係						
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 ( )						

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。

受付日付印

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。

- マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認及び本人確認書類の添付が必要です。

【被保険者のマイナンバー】

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(次ページに続く)

1/2

# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書（その2）

（市区町村民税非課税などの低所得者用）

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）	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 日間							
		入院した医療機関等	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 ～ 平成 年 月 日 日間							
		入院した医療機関等	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 ～ 平成 年 月 日 日間							
		入院した医療機関等	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 ～ 平成 年 月 日 日間								
	入院した医療機関等	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 ～ 平成 年 月 日 日間								
	入院した医療機関等	名称								
所在地										

◎ 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、(非)課税証明書の添付が必要です。

市区町村長証明欄	当該被保険者（氏名）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 <span style="float: right;">㊟</span>

※ 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となります。

例：平成29年4月～29年7月診療分 ⇒ 平成28年度の(非)課税証明書（平成27年度分所得）  
平成29年8月～30年3月診療分 ⇒ 平成29年度の(非)課税証明書（平成28年度分所得）