

伺年月日	令和 年 月 日	常務理事	部長	係長	係
取得年月日	平成 年 月 日				
発行年月日	令和 年 月 日				
有効期限	令和 年 月 日	備考			

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者情報	被保険者証 記号番号	—	生 年 月 日
	氏 名		
	住 所	(〒 -)	

認定 対象者	療養を受ける方(被保険者の場合は記入の必要はありません)		
	氏 名	生 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	

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	(〒 -)	
	宛 名		

代理 申請	事業所名	
	事業主名	

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

※裏面も記入してください

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
<input type="checkbox"/>	・申請者本人(被保険者)が記載したものである
<input type="checkbox"/>	・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している

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)

備考欄	
-----	--

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、下の「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
--	--

長期入院欄	申請月の前1年間の入院日数合計		日間			
	①	申請月の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日			日間
		入院した保険医療機関等	名称			
			所在地			
	②	申請月の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日			日間
		入院した保険医療機関等	名称			
			所在地			
	③	申請月の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日			日間
		入院した保険医療機関等	名称			
			所在地			
	④	申請月の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日			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(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 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 市区町村長名 (印) </div>
----------	--

◎申請時の添付書類

この申請書には次のいずれかの証明書等を添付してください

- (1) 被保険者の市区町村長の非課税証明書(入院した月の属する年度分。ただし4月から7月診療分については前年度分)なお、この申請書の証明欄に市区町村長の証明を受けている場合は、添付の必要はありません。
- (2) 福祉事務所長の「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」
- (3) 長期入院(申請月の前1年間で90日を超えて入院された場合)による申請の場合は、その入院期間(日数)を証明する書類(入院期間が記載されている領収書等)