

常務理事	事務長	担当者

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		記入日	令和	年	月	日
(ﾌﾘｶﾞﾅ)					生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
氏 名									
住 所	(〒 -)								

認定対象者欄

療養を受ける方の氏名		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日			
療養予定期間	令和	年	月	～	令和	年	月	続柄	
病気またはケガの原因 (該当するものに☑をして下さい)		第三者行為によるものですか？			☐ はい		☐ いいえ		
		業務中または通勤途中によるものですか？			☐ はい		☐ いいえ		
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です。					☐ はい ➡ ☐ いいえ		「はい」と答えた場合、「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。		

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）	令和					年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	入院した 保健医療機関等	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）	令和					年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	入院した 保健医療機関等	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）	令和					年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	入院した 保健医療機関等	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							
※ 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～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。																										

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。

《 留意事項 》

- ・ 認定証の発効年月日は、申請書が健康保険組合に受付された日の属する月の初日（申請月に健保加入した場合は取得日）となります。

被保険者の個人番号記入欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

[illegible]

※ 個人番号を記入した場合は、①番号確認 ②身元確認 の書類の添付が必要です。

受付日付印