

発行年月日	有効年月日	区分	報酬月額	課長	係長	係
令和 年 月 日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	才・I・II	千円			

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

住民税非課税世帯用

被保険者情報	記号	番号	※(非)課税証明書原本を添付または市区町村長証明欄(2枚目)に証明を受けてください。
	被保険者等の (右づめ)		
	氏名	(フリガナ)	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所	(〒 - )	都 道 府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		

認定対象者	認定証を使用する方の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	認定証が必要な期間	医療機関での会計がこれからの期間(未精算の期間)を記入 令和 年 月 ~ 令和 年 月	傷病原因 <input type="checkbox"/> 病気または出産によるもの <input type="checkbox"/> 外傷性(ケガ等)によるもの 別紙<負傷原因届>の添付が必要です
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日を超えて入院していることです。ただし、住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 <input type="checkbox"/> 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。

※認定証は原則、申請書の受付月の1日から発行します(月の途中で当組合へ加入した場合を除く)

希望送付先	上記被保険者情報の住所と別のところに送付を希望する場合のみご記入ください。 ※希望送付先宛の返信用封筒を添付してください。 ※医療機関へ送付希望の場合必ず事前に医療機関へ受取可能か確認いただき、医療機関名、病棟、病室番号等をご記入ください。		
	住所	(〒 - )	都 道 府 県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	
	宛名	社名・部署名、医療機関名・病棟・病室番号	個人名 受取人の氏名
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

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	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	電話番号 (日中の連絡先)	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 ( )

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

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

住民税非課税世帯用

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)	令和 年 月 日 から 令和 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)	令和 年 月 日 から 令和 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)	令和 年 月 日 から 令和 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)	令和 年 月 日 から 令和 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)	令和 年 月 日 から 令和 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 _____ <div style="float: right; border: 1px solid gray; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: 20px;">                     印                 </div>

※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。