

← 再交付を希望する場合は、現在お持ちの限度額適用認定証をホチキスで止め、提出して

記入例

再交付の場合は
忘れずに添付してください

健康保険 限度額適用 標準負担額減額認定 申請書

市区町村税
非課税などの
低所得者用

被保険者(申請者)・
市区町村長記入用

下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。

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	1 2 * *	番号	* * * * *	確認欄 <input checked="" type="checkbox"/> この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している	
	事業所 会社名称	〇〇〇〇(株)	所属部署	〇〇工場 〇〇部		
	氏名・印	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 1 年 10 月 10 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	電話番号 (日中の連絡先)	080 (* * *)
	住民票住所	(〒 * * * - * * * *) 東京都日野市 * * * * 〇〇マンション101号室	<p>【療養年月によって、記入する住民票住所および課税状況確認の年度が異なります】</p> <ul style="list-style-type: none"> * 申請月が1~7月の方 → 前年1月1日時点住民票住所を記入(前年度課税状況確認) * 申請月が8~12月の方 → 当年1月1日時点住民票住所を記入(当年度課税状況確認) <p>なお、住民票住所未記入の場合や、マイナンバーを事業主経由で健康保険組合に提出していない場合は、該当年度の「所得・(非)課税証明書」の提出、又は、市区町村長の証明が必要です。</p>			
認定対象者欄	療養を受ける方	(フリガナ) ケンコウ ハナコ 健康 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 2 年 2 月 2 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	療養予定期間	令和 5 年 1 月 ~ 令和 5 年 2 月
長期入院欄	療養する方は、長期入院されましたか。 ※長期入院とは、申請月以前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、市区町村住民税非課税期間の入院期間に限りです。		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		
	発症の原因は、外傷性のケガですか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合 「負傷原因届」を併せてご提出ください。		
	申請を行った月以前1年間の入院日数合計		112 日間			
	1	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和 4 年 1 月 1 日 から 令和 4 年 3 月 31 日 まで	90 日間		
	入院した保健医療機関等	名称 * * * 総合病院	所在地 東京都 * * 市 1-1			
2	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和 4 年 5 月 10 日 から 令和 4 年 5 月 31 日 まで	22 日間			
	入院した保健医療機関等	名称 * * * 総合病院	所在地 東京都 * * 市 1-1			
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			
<p>必ずお読みください 長期入院(申請を行った月以前の1年間で90日を超えて入院をした場合)に該当する場合は、本申請書に「入院期間がわかる書類(領収書の写し等)」を添付し、健康保険組合に提出してください。</p>						
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()年度の市区町村税が課されないことを証明する。 市区町村名					
被保険者のマイナンバー記載欄	(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)					
健保組合使用欄	有効期限	~	適用区分			

印