

常務理事	事務長	部 長	課 長		担当者	起 案	・	・
						施 行	・	・

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 記 入 欄	被保険者等 記号－番号	－	被保険者氏名 (生年月日)	(昭・平 年 月 日)					
	被保険者の 住 所	〒		電 話	()				
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等記号番号を記入した場合は不要です。)								
	事業所名称			事業所 所在地					
	認定対象者 の 氏 名			認定対象者 の生年月日	昭・平・令 年 月 日		被扶養者 との続柄		
	認定対象者 の 住 所	〒							
	認定対象者は長期入院 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。							
☐ はい		 「はい」の場合は次頁の長期入院期間等をご記入いただき、入院期間(日数)を確認 できる保険医療機関等の領収書等を添付してください。							
☐ いいえ									

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 日提出

※被保険者が押印されない場合は□に✓を記入してください。

確 認 欄	☐	被保険者本人が記入したものである。
	☐	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。

事 業 主 記 入 欄	上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。		受 付 年 月 日
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電 話 ()		

【添付書類の注意事項・長期入院の記入については裏面をご確認ください。】

【添付書類】

1. 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) 受診した月に属する年度(4月から7月受診分については前年度)分の市町村民税非課税証明書。ただし、下記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」と記載された保護申請却下通知書若しくは保護廃止決定通知書又はこれらの写しに事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明したもの。
- (3) 受診した月の属する年度(4月から7月受診分については前年度)の被保険者とその被扶養者全員の市町村民税の各所得(各所得毎に地方税法の規定の従った必要経費、控除を差し引いたときの所得)がいずれも0円となる場合は、その旨を所定の用紙に記入し、それを確認できる市町村民税非課税証明書及び公的年金等源泉徴収票等を添付してください。

※市町村民税非課税証明書を添付されない場合は下記に証明を受けてください。

市区町村長の 証明欄	当該被保険者には		年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。	
	令和	年	月	日
	市区町村長名			(印)

2. 前頁の長期入院(申請日の前1年間に認定対象者の入院日数が90日を超える場合)による申請をする場合は、その入院期間(日数)を確認できる保険医療機関等の領収書等を添付してください。

※長期入院による申請をする場合のみご記入ください。

申請月以前1年間の入院日数合計		日間	
①	申請日の前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
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前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
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前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
	入院をした医療機関等	名称	
		所在地	