

伺いの日	平成 年 月 日
認定日	平成 年 月 日
受付番号	第 号

部長	課長	係長	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証	記号	番号	事業所名	
被保険者氏名	㊞		生年月日	昭和・平成 年 月 日
			日中の連絡先	電話 — —
被保険者住所	〒			

認定対象者氏名 <small>(被保険者の場合は記入の必要はありません。)</small>		生年月日	昭和・平成 年 月 日
--	--	------	-------------

療養予定期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月		
長期入院	該当・非該当	該当の場合、裏面の長期入院欄も併せてご記入ください。 長期入院とは申請日の前1年間の入院日数が90日間を超える場合です。	

希望送付先	上記被保険者住所欄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	〒 電話 — —		
宛名		被保険者との関係	

申請代行	申請代行は、被保険者が当該申請書の作成（申請）ができない場合に限ります。		
申請代行者	氏名	㊞	被保険者との関係
	連絡先	電話 — —	
申請代行的理由	1. 被保険者本人が療養中で作成（申請）できないため。 2. その他（ ）		

備考	
----	--

※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。)

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。 平成 年 月 日

市区町村長証明欄	当該被保険者（ ）は平成（ ）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 ㊞
----------	--

受 付 日 付 印

市区町村民税が非課税の方は、市区町村長の証明を受けるか別途（非）課税証明書の添付が必要です。
なお、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。

長期入院欄 ※ここから下は長期入院該当者として申請する方のみ記入してください。		入院日数合計	日間
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
	入院した 保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
	入院した 保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
	入院した 保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
	入院した 保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
	入院した 保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	

記入上等の注意

1. 被保険者ご本人の市区町村民税非課税証明書を添付してください。
市区町村長証明欄に証明を受けた場合には、その添付の必要はありません。
なお、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。
2. 長期該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収書（入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は、入院期間に係る保険医療機関等の証する書類）を添付してください。
3. 被保険者本人が、自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
なお、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。