

届書コード			
6	2	2	0

# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

市区町村民税  
非課税などの  
低所得者用

被 保 険 者 欄	1	被保険者証 (健康保険被保険者手帳)の 記号および番号	左つめ				-	右つめ			
	2	被保険者の氏名	(フリガナ)				印				
	3	被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日					
	4	被保険者の住所	郵便番号		-		電話	( )			
	5	「4」の住所とは 別のところに 送付を希望する 場合は、その先	住所	郵便番号		-		電話	( )		
		宛名									

「6」の該当する□にチェック(☑)をつけて、以下必要な項目を記入してください。

減 額 認 定 証 交 付 対 象 者 欄	6	入院する方は被保険者本人で すか、被扶養者家族ですか。	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 → 下記「12」および「13」欄を記入してください。 <input type="checkbox"/> 被扶養者家族 → 下記「7」～「13」欄を記入してください。								
	7	入院する方の氏名	(フリガナ)				8	被保険者との続柄			
	9	入院する方の生年月日	昭和・平成	年	月	日	10	性別		男・女	
	11	入院する方の住所	郵便番号		-		電話	( )			
	12	入院予定期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月								
	13	入院する方は、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ます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」と答えた場合、次ページの「18」および「19」欄に申請を行った月以前1年間の入院期間を記入してください。								

「事業主(申請代行者)が記入するところ」は、被保険者および入院する方以外の方が申請する場合に記入してください。

記 事 業 主 入 主 す る 申 請 代 行 者 こ ろ が	14	事業主(申請代行者)の氏名	(フリガナ)				印		被保険者との関係	
	15	事業所(申請代行者)の住所	郵便番号		-		電話	( )		
	16	申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他 ( )							

(※) 限度額適用・標準負担額減額認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、「4」欄の被保険者住所または「5」欄の送付を希望する住所となります。「15」欄の事業所(申請代行者)の住所には送付いたしませんので、十分注意してください。

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

17	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印
----	-------------------	---

市区町村民税の非課税の方は、次ページに市区町村長の証明を受ける欄があります。証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	18	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)	平成	年	月	日から	日間	平成	年	月	日まで
			名称								
		入院した保険医療機関等	所在地								
	②	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間	平成	年	月	日まで
			名称								
		入院した保険医療機関等	所在地								
	③	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間	平成	年	月	日まで
			名称								
		入院した保険医療機関等	所在地								
④	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間	平成	年	月	日まで	
		名称									
	入院した保険医療機関等	所在地									
⑤	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間	平成	年	月	日まで	
		名称									
	入院した保険医療機関等	所在地									

(※) 入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている保険医療機関等の領収証など)を添付してください。

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、別に非課税証明書を添付してください。

証 明 す る と こ ろ が	20	当該被保険者は 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月から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を受けてください。

以下は記入しないでください。

受付日付印

協会使用欄			
決裁		登録	審査
被扶養者番号		証区分	1: 限度額適用・標準負担額減額認定証
交付年月日	平成 年 月 日	発効年月日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月 日	適用区分	C · I · II