

# 限度額適用・標準負担額減額認定申請書 不備の多い点をまとめました。

**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

1 2 ページ

被保険者記入用 **減**

記入方法および添付書類等については、「健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名 (フリガナ)					
住所 (〒 - )	郡 道 府 県					
電話番号 (日中の連絡先) TEL ( )						
療養を受ける方 (被保険者の場合は、記入の必要が ありません。)	氏名	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	療養予定期間 (申請期間)	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日		
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です。						
<input type="checkbox"/> はい → 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院防壁」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。 <input type="checkbox"/> いいえ						
送付希望先	上記被保険者情報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 (〒 - )	郡 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先) TEL ( )					
申請代行者欄	被保険者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				
	電話番号 (日中の連絡先) TEL ( )	申請代行 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 ( )			
※限度額適用・標準負担額減額認定証の送付先または、申請書を返送する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。 ※申請書受付日より前の月の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。						
被保険者のマイナンバー記載欄 被保険者のマイナンバーが不明の場合にご記入ください。 記入した場合は、本人確認書類及び給付日誌の提出が必要となります。 (詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)						
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 様式番号 _____ 協会使用欄 _____						受付日付印 (2021.4)
2 3 0 1 1 7 1						1 / 2

制度の概要は[こちら](#)  
申請書のダウンロードは[こちら](#)

※被保険者（お勤めされている方）が住民税課税の場合は、「限度額適用認定申請書」をご覧ください。

## 被保険者情報欄 氏名・生年月日の不備

被保険者（お勤めされている方）の氏名・生年月日を記入する欄になります。療養を受ける方の氏名等を書かないようご注意ください。

## 療養を受ける方の氏名・生年月日の記入漏れ

記入がない場合、被保険者（お勤めされている方）の認定証が発行されますので被扶養者の認定証が必要な場合は記入漏れにご注意ください。

## 療養予定期間の記載

記入がない場合、申請書を受付した月の初日から1年間の有効期限内で限度額認定証を発行します。

※申請日より前に遡って限度額認定証の発行を受けたい場合は、医療機関の了承が必要です。医療機関の了承を得た場合、申請期間を必ずご記入いただき、余白に「〇〇（医療機関名）了承済み」とご記入ください。

<例>  
令和3年8月に申請するが、令和3年7月分から発行して欲しい  
・療養予定期間に令和3年7月～と記載  
・余白に「〇〇（医療機関名）了承済み」と記載

## マイナンバーの記載

ご記入いただいた場合、「本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書」の提出が必要です。ダウンロードは[こちら](#)

以下の場合にはマイナンバーの記入不要です。

- ①非課税証明書を添付した場合。
- ②申請書2ページ目市区町村長証明欄に証明を受けた場合

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)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで
	入院した 保険医療機関等	名称 所在地
②	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで
	入院した 保険医療機関等	名称 所在地
③	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで
	入院した 保険医療機関等	名称 所在地
④	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで
	入院した 保険医療機関等	名称 所在地
⑤	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで
	入院した 保険医療機関等	名称 所在地

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 平成( )年度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～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。

## 長期入院欄の記入

療養する方が申請を行った月以前1年間で90日以上長期入院をされた場合は必ずご記入ください。

## 市区町村証明欄の記入

以下の場合には市区町村長から証明を受ける必要はありません。

- ①被保険者の非課税証明書を添付した場合。
- ②申請書1ページ目にマイナンバーを記入し、添付書類を提出した場合。

療養を受ける年月によって証明年度が異なります。

<例>

- 令和3年8月分～令和4年7月分  
→令和3年度(令和2年中の収入)の証明が必要
- 令和4年8月分～令和5年7月分  
→令和4年度(令和3年中の収入)の証明が必要

## 添付書類

●住民税が非課税の方(市区町村長証明欄の証明を受けない方)

①被保険者の住民税非課税証明書(原本)

※証明書の発行を受ける場合は療養を受ける年月によって年度が異なります。

<例>

- ◆令和3年8月～令和4年7月分  
→令和3年度(令和2年中の収入)の証明が必要
- ◆令和4年8月分～令和5年7月分  
→令和4年度(令和3年中の収入)の証明が必要

②本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書

①か②いずれか必要となります。

※添付書類がない(もしくは市区町村証明欄の記載がない)場合は、課税の方と判断し限度額認定証を発行しますのでご注意ください。

●収入から経費・控除額を引いた後所得のない方

被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類(所得証明書など)

●上記認定の低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方

「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」または「保護廃止決定通知書」

●長期入院(申請期間以前1年間で90日を超える入院)をされている方

入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収書など)

※添付が漏れている場合は、書類を返戻することがございます。ご注意ください。