

# 限度額適用・標準負担額減額認定申請書の 記入・申請における「CHECK!」ポイント

## check!

### 【被保険者が低所得者の場合に対象となります】

#### ○低所得者とは……

市町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者、  
または低所得者の適用を受けることで生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者が該当します。

※上記に該当しない加入者は「限度額適用認定申請書」をご利用ください。

※70歳未満の場合、標準報酬月額53万円以上の方は低所得者の適用にはなりません。

※70歳以上の場合、標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方は低所得者の適用とはなりません。

#### ○低所得の内容によって添付書類が異なります。

|                                                          |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| ・市区町村民税が非課税の方<br>・被保険者および被扶養者全てが収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない方 | 「該当する年度の非課税証明書の原本」の添付、<br>または「マイナンバーによる情報連携を希望する」<br>※詳しくは【マイナンバーを利用した情報照会における注意】を確認ください。 |
| ・「限度額適用・標準負担額減額認定」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<br>「保護却下通知」または「保護廃止決定通知書」                                       |

#### ○以下は当てはまる方のみご提出ください。

|                                                      |                              |
|------------------------------------------------------|------------------------------|
| ・長期入院（申請月以前の1年間で90日を超えて入院）される方<br>※低所得として認められた入院期間のみ | 入院期間が記載されている領収書等、入院期間を証明する書類 |
|------------------------------------------------------|------------------------------|

## check!

### 【マイナンバーを利用した情報照会における注意】

| 希望する場合                                                                                                                                                                                                                                       | 希望しない場合                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○申請期間に該当する「被保険者の郵便番号」を必ず記入ください。<br>※郵便番号が未記入の場合や記入があっても「希望しない」に「✓」があると不備となります。<br><br>○申請月によって記入する郵便番号が異なります。必ずご確認ください。<br>(例)<br>・令和7年8月診療分～令和8年7月診療分に使用<br>→令和7年1月1日時点の住民票住所の郵便番号<br><br>・令和8年8月診療分～令和9年7月診療分に使用<br>→令和8年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 | ○「非課税証明書の原本」などの書類を必ず添付ください。<br><br>○申請月によって添付する非課税証明書が異なります。必ずご確認ください。<br>(例)<br>・令和7年8月診療分～令和8年7月診療分に使用<br>→令和7年度（令和6年中収入）の(非)課税証明書<br><br>・令和8年8月診療分～令和9年7月診療分に使用<br>→令和8年度（令和7年中収入）の(非)課税証明書 |

## check!

### 【有効期間は申請月によって異なります】

○申請月の初日から初めて到来する7月末日までが有効期間です。

(健康保険加入月に申請された場合は資格取得日からです。)

○更新する場合は、再度申請書の提出が必要です。

照会先



全国健康保険協会 岡山支部  
協会けんぽ

〒700-8506  
岡山市北区本町6-36  
第一セントラルビル8階  
TEL: 086-803-5780  
(代表: 自動音声案内①)

<岡山支部HP>



## 限度額適用・標準負担額減額認定申請書の記入の注意点

## 1ページ目:本人記入欄

**健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書**

ページ 1

**減**

市町村財政調整制度などの低所得者用

低所得（住民税非課税等）に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および提出書類等については、「記入の注意」をご覧ください。

---

|                                 |                                                                                          |                                              |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 被保険者証<br><small>(お持ちの方)</small> | 氏名 (定款) <b>キョウカイ タロウ</b><br><small>姓と名の順は「マタカタ」で記入してください。漢字・かな・平仮名を区別して記入してください。</small> | 生年月日<br>年 <b>2</b> 月 <b>01</b> 日 <b>05</b> 年 |
| 氏名<br><small>(お持ちの方)</small>    | <b>協会 太郎</b>                                                                             |                                              |
| 郵便番号<br><small>(ハイフン欄)</small>  | 電話番号<br><small>(区別ハイフン欄)</small>                                                         |                                              |
| <b>7000000</b>                  | <b>086XXXXXXX</b>                                                                        |                                              |
| 住所                              | <b>岡山 岡山市 ○○区 ○○町 1-1</b>                                                                |                                              |

---

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 氏名<br><small>(お持ちの方)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>キョウカイ タロウ</b><br><small>姓と名の順は「マタカタ」で記入してください。漢字・かな・平仮名を区別して記入してください。</small> | 生年月日<br>年 <b>2</b> 月 <b>01</b> 日 <b>05</b> 年 |
| 認定対象者は、長期入院されましたか？<br><input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                                              |
| 以下、医療機関情報と加入した社会保険の種類に適用を希望する場合には記入ください。<br>住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>名称 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>電話番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                                                                  |                                              |

---

|                          |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者以外の者が申請する場合にご記入ください。 | 氏名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>(定款ハイフン欄)</small> | 被保険者との関係 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>申請代行の理由 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

|                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者<br>郵便番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 希望しない <input type="checkbox"/> マニッパラーを利用した福祉施設を希望しない場合は、印を入れてください。<br>希望しない場合は、必要証明書類を添付してください。 | 備考 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

被保険者の記号番号(平仮名)または、被保険者のサインバーコードを記入(入力)してください。(記入しなかった場合は、本人確認書類の提示が必要となります。)

2ページ目に続きます。>>>

---

以下は、協会使用のため、記入しないでください。

|                                          |                               |                               |                               |                              |                             |
|------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| MPA保証<br>(被保険者) <input type="checkbox"/> | 四半保証 <input type="checkbox"/> | 所得保証 <input type="checkbox"/> | 長期入院 <input type="checkbox"/> | その他 <input type="checkbox"/> | 扶養 <input type="checkbox"/> |
| 家族連絡 <input type="checkbox"/>            | 介護給付 <input type="checkbox"/> | 所得証明 <input type="checkbox"/> | 長期入院 <input type="checkbox"/> | その他 <input type="checkbox"/> | 扶養 <input type="checkbox"/> |

23011201

全国健康保険協会 協会けんぽ

(2023.7.) 1 / 2

資格情報のお知らせ

|         |                |    |   |    |    |
|---------|----------------|----|---|----|----|
| 記号      | 21700023       | 番号 | 1 | 校番 | 00 |
| 氏名      | 協会 太郎          |    |   |    |    |
| 生年月日    | 平成元年 5 月 10 日  |    |   |    |    |
| 資格取得年月日 | 令和 2 年 4 月 1 日 |    |   |    |    |
| 保険者番号   | 12345678       |    |   |    |    |
| 保険者名称   | 全国健康保険協会 ○○支部  |    |   |    |    |

- **記号番号の欄に**  
**資格情報のお知らせ等に記載**  
**された記号番号**
- **被保険者情報欄に**  
**被保険者（協会太郎）の氏名**  
**（カタカナ）、生年月日**
- **認定対象者欄に療養する方の氏名**  
**（カタカナ）、生年月日**  
**上記のとおり記入ください。**

申請書を提出する月（申請月）より  
前1年間に90日以上入院歴の有無に  
ついて記入ください。

→「1」の場合：2ページ目も記入  
「2」の場合：2ページ目は記入不要  
※低所得者の認定がされない期間の  
入院期間は対象外です。

**ご自宅以外の送付先への発送を  
希望する場合のみ、記入してください。  
(事業所宛の場合は担当者名まで)**

**被保険者の代わりに申請する場合  
記入ください。**

【マイナンバー記入欄】  
資格情報のお知らせ等に記載された  
記号・番号を記入いただければ、**マイ  
ナンバーの記入は不要です。**  
※本人確認書類等も不要です。

- 【マイナンバーを利用した情報連携を希望する場合】  
→必ず郵便番号を記入ください。

被保険者の被保険資格の継続のため、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、以下の記入は必須事項となります。詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。

マイナンバー（マイナンバーカードまたはマイナンバー通知カード）の住所欄の郵便番号（〒の後の数字）を以下の欄にマイナンバーの住所欄の郵便番号を記載してください。

|              |         |           |                          |                                                                   |
|--------------|---------|-----------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 被保険者<br>郵便番号 | 7000000 | 希望<br>しない | <input type="checkbox"/> | マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、びを入れてください。<br>希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。 |
|--------------|---------|-----------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|

- 【マイナンバーを利用した情報連携を希望しない場合】  
→希望しないに「✓」を記入ください。  
またあわせて「非課税証明書」の原本等の書類を添付ください。

被探検者の被検情報等の確認のため、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、以下に当てはまる被検情報をご記入ください。詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。  
 【提出日が1月～3月の場合は1月】1月現在の住所（住所の郵便番号） 【提出日が2月～12月の場合は1月】1月現在の住所の郵便番号

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                     |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被探検者<br>郵便番号 | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px;"></div> </div> | 希望<br>しない <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <input checked="" type="checkbox"/> </div> マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、2を入ってください。<br>希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。 |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

申請月によって  
情報照会に入力する  
「郵便番号」、添付する  
「非課税証明書」が異なり  
ます。詳しくは3ページ目  
(最終ページ)の **check!** を  
ご確認ください。

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入ください。  
ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。

2ページ目: 本人記入欄

申請書2ページ目は、1ページ目の認定対象者欄、「認定対象者は、長期入院されましたか」の項目に対し「1, はい」と回答された方のみ記入ください。  
上記に該当しない方は記入の必要はありません。

氏名  
(カタカナ)

姓と名の間は1マス留けてご記入ください。濁点(・)・半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

生年月日

1. 昭和  
2. 平成  
3. 令和

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、保険者に低所得者として認められた期間に係る入院に限りません。

1

1. はい  
2. いいえ

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1 2 ページ

市区町村民税非課税などの低所得者用

1ページ目の認定対象者欄「認定対象者は、長期入院されましたか。」の質問に対し、「1. はい」と回答された方のみご記入ください。

被保険者氏名 協会 太郎

申請月以前1年間の入院日数合計

1 2 0

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

0 7 年 0 8 月 0 1 日 から 0 7 年 1 0 月 3 1 日 9 2 日

① 入院した医療機関等

〇〇総合病院

所在地

岡山市 〇〇区 〇〇町 5-5

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

0 7 年 0 2 月 0 1 日 から 0 7 年 0 2 月 2 8 日 2 8 日

② 入院した医療機関等

〇〇大学病院

所在地

岡山市 △△区 □□町 5-5

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 月 日 日

③ 入院した医療機関等

所在地

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 月 日 日

④ 入院した医療機関等

所在地

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 月 日 日

⑤ 入院した医療機関等

所在地

ご本人(被保険者)の氏名を記入ください。

対象の入院の合計日数を記入ください。  
※申請月以前1年間に複数回入院している場合はすべて足した日数を記入ください。

該当する入院の情報を記入ください。  
※複数箇所入院している場合は「医療機関」、「入院期間」ごとに記入ください。  
※「低所得者の認定がされない入院期間」は対象外です。

check

【長期入院された方は下記の添付書類が必要です】

|                               | 添付書類                                  |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えて入院)される方 | ・入院期間を証明する書類<br>(例) 入院期間が記載されている領収書 等 |