

限度額適用・標準負担額減額認定申請書の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。

1 ページ目：本人記入欄

資格情報のお知らせ

記号 1010101 番号 1 枝番 00

氏名 キョウカイ タロウ

生年月日 昭和 40 年 10 月 1 日

資格取得年月日 昭和 60 年 10 月 1 日

保険者番号 01040013

保険者名称 全国健康保険協会 宮城支部

療養を受ける方が

「 **本人（被保険者）**
枝番が00 」 の場合

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

市区町村民非課税などの低所得者用 **減**

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、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報欄

記号・番号 101010101 1 生年月日 昭和 40 年 10 月 01 日

個人番号 (マイナンバー)

氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号 (ハイファン除く) 9810000 電話番号 (左つめハイファン除く) 022xxxxxxx

住所 宮城 府 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1

認定対象者情報欄

氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

生年月日 昭和 41 年 11 月 01 日

認定対象者は、長期入院されましたか。 はい、はいの場合、2ページ「長期入院」に申請を行った月以降1年間の入院期間をご記入いただき、証明書類を添付してください。 (詳細は「記入の手引き」をご確認ください。)

送付希望先情報欄

住所 宛名 電話番号 (左つめハイファン除く)

申請代行情報欄

氏名 電話番号 (左つめハイファン除く) 被保険者との関係 申請代行の理由

情報照会

被保険者 郵便番号 希望しない マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。

備考

社会保険労務士の提出代行者名記入欄 **2ページ目に続きます。▶▶▶**

被保険者情報

資格情報のお知らせ

記号 1010101 番号 1 枝番 00

氏名 キョウカイ タロウ

生年月日 昭和 40 年 10 月 1 日

資格取得年月日 昭和 60 年 10 月 1 日

保険者番号 01040013

保険者名称 全国健康保険協会 宮城支部

マイナンバーは記号・番号が不明の場合のみご記入ください。
(記入した場合は別途、添付書類が必要になります)

認定対象者欄

被保険者ご本人（協会太郎）の
情報をご記入ください。

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ていない入院期間は対象外です。

送付希望先

ご自宅以外への発送を希望する場合のみご記入ください。

情報照会

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

情報照会

被保険者 郵便番号 9810000 希望しない マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。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。
あわせて「非課税証明書」の原本等の書類を添付ください。

情報照会

被保険者 郵便番号 希望しない マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。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記入する「郵便番号」、添付する「非課税証明書」が異なります。詳しくは4ページ目（最終ページ）の **check** をご確認ください。



1 ページ目：本人記入欄

資格情報のお知らせ

| | | |
|------------|---------------|-------|
| 記号 1010101 | 番号 1 | 枝番 01 |
| 氏名 | キョウカイ ハサコ | 協会 花子 |
| 生年月日 | 昭和41年11月1日 | |
| 資格取得年月日 | 昭和60年10月1日 | |
| 保険者番号 | 01040013 | |
| 保険者名称 | 全国健康保険協会 宮城支部 | |

療養を受ける方が

「**家族（被扶養者）**
枝番が00以外」

の場合

被保険者情報

資格情報のお知らせ

| | | |
|------------|---------------|-------|
| 記号 1010101 | 番号 1 | 枝番 00 |
| 氏名 | キョウカイ タロウ | 協会 太郎 |
| 生年月日 | 昭和40年10月1日 | |
| 資格取得年月日 | 昭和60年10月1日 | |
| 保険者番号 | 01040013 | |
| 保険者名称 | 全国健康保険協会 宮城支部 | |

マイナンバーは記号・番号が不明の場合のみご記入ください。
(記入した場合は別途、添付書類が必要になります)

認定対象者欄

認定証が必要なご家族（協会花子）の情報をご記入ください。

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ていない入院期間は対象外です。

送付希望先

ご自宅以外への発送を希望する場合のみご記入ください。

情報照会

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

被保険者等の情報照会等の確認のため、マイナンバーを利用した情報連携を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。
【提出日が1月～7月の場合は】前年1月1日現在の住民票住所の郵便番号。【提出日が8月～12月の場合は】前年1月1日現在の住民票住所の郵便番号

| | | | | |
|----------|---------|-------|--------------------------|--|
| 被保険者郵便番号 | 9810000 | 希望しない | <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、☑を入れてください。希望しない場合は、必要な証明書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。

被保険者等の情報照会等の確認のため、マイナンバーを利用した情報連携を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。
【提出日が1月～7月の場合は】前年1月1日現在の住民票住所の郵便番号。【提出日が8月～12月の場合は】前年1月1日現在の住民票住所の郵便番号

| | | | | |
|----------|--|-------|-------------------------------------|--|
| 被保険者郵便番号 | | 希望しない | <input checked="" 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、☑を入れてください。希望しない場合は、必要な証明書を添付してください。 |
|----------|--|-------|-------------------------------------|--|



申請月によって情報照会に記入する「非課税証明書」が異なります。詳しくは4ページ目（最終ページ）の「check」を確認ください。



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。

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**

長期入院欄

ご本人（被保険者）の氏名を記入ください。

| | | | |
|-----------------------|-----------|-------------------------------|--|
| 申請月以前1年間の入院日数合計 | | 120 | |
| 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | | 06月08日 から 06月10日 31日 92日 | |
| ① | 入院した医療機関等 | 〇〇総合病院 所在地 仙台市 〇〇区 〇〇町 5-5 | |
| ② | 入院した医療機関等 | 〇〇大学病院 所在地 仙台市 △△区 □□町 5-5 | |
| ③ | 入院した医療機関等 | | |
| ④ | 入院した医療機関等 | | |

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ていない入院期間」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 | <ul style="list-style-type: none"> 入院期間を証明する書類 (例) 入院期間が記載されている領収書 等 |

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対象です】

○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。
※上記に該当しない方は「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。

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 市区町村民税が非課税の方 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 | <p>「該当する年度の非課税証明書の原本」の添付、 または「マイナンバーによる情報連携を希望する」 ※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】 をご確認ください。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> 「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 | <p>「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」または「保護廃止決定通知書」</p> |

○以下は当てはまる方のみご提出ください。

| | |
|---|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> 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 | <p>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</p> |
|---|-------------------------------------|

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 |
|--|---|
| <p>○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。 ※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。</p> <p>○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。 (例) ・令和6年8月診療分～令和7年7月診療分に使用 →令和6年1月1日時点の住民票住所の郵便番号</p> <p>・令和7年8月診療分～令和8年7月診療分に使用 →令和7年1月1日時点の住民票住所の郵便番号</p> | <p>○「非課税証明書の原本」などの書類を必ずご添付ください。</p> <p>○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。 (例) ・令和6年8月診療分～令和7年7月診療分に使用 →令和6年度（令和5年中収入）の(非)課税証明書</p> <p>・令和7年8月診療分～令和8年7月診療分に使用 →令和7年度（令和6年中収入）の(非)課税証明書</p> |

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 宮城支部
協会けんぽ

〒980-8561
仙台市青葉区中央4-4-19
アーバンネット仙台中央ビル14階
TEL : 022-714-6850 (代表)

