

現金給付、証交付、任意継続等に関する申請 編

2-3-1-①-i

申請内容を入力する

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

本項では限度額適用・標準負担額減額認定申請書の申請内容を入力する操作概要について説明します。

1. 加入者情報を入力する

●被保険者が申請する場合

保険者名称や記号・番号は全国健康保険協会の資格情報が設定されるため、入力不要です。

氏名 必須

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。
姓と名の間にスペースを入力ください。

氏名
協会 花子

氏名(カタカナ) 必須 ?

全角25文字以内で入力ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてカウントします。
セイとメイの間にスペースを入力ください。

氏名(カタカナ)
キョウカイ ハナコ

生年月日 必須

年
昭和64年・平成元年(1989年) ▼

月
5月 ▼

日
10日 ▼

氏名と生年月日は全国健康保険協会の資格情報が設定されます。入力内容に誤りがないか確認し、誤りがある場合は修正します。

> [郵便番号と住所の入力](#) へ

● 社会保険労務士の場合

1 — 2 — 3 — 4 — 5

加入者情報入力

被保険者(申請者)情報

保険者名称 **必須**

保険者名称
東京支部

記号・番号 **必須**

記号
21700023

番号
21

保険者名称と記号・番号を入力します。

氏名 必須

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。
姓と名の間にスペースを入力ください。

氏名
協会 花子

氏名(カタカナ) 必須 ?

全角25文字以内で入力ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてカウントします。
セイとメイの間にスペースを入力ください。

氏名(カタカナ)
キョウカイ ハナコ

生年月日 必須

年
昭和64年・平成元年(1989年) ▼


月
5月 ▼

日
10日 ▼



氏名と生年月日を入力します。

> [郵便番号と住所の入力](#) <

郵便番号 **必須**

半角数字(ハイフンなし)7桁で入力ください。
郵便番号を7桁入力して表示される候補を選択すると、住所欄に反映されます。
郵便番号が分からない方は [こちら](#) 

郵便番号

1050000  

1050000
東京都港区

7 / 7

郵便番号欄に郵便番号を 7 桁すべて入力します。選択可能な住所が一覧で表示されます。住所を選択します。

住所 必須

住所は全角39文字(半角78文字)以内で入力ください(都道府県は文字数に含みません)。

都道府県
東京都

市区町村
港区

丁目・番地
〇〇1丁目1番地

建物名・号室
△△マンション101

自動入力された住所を確認し、住所の詳細を入力します。

電話番号 **必須**

半角数字10桁以上、12桁以内で入力ください。

090

-

1234

-

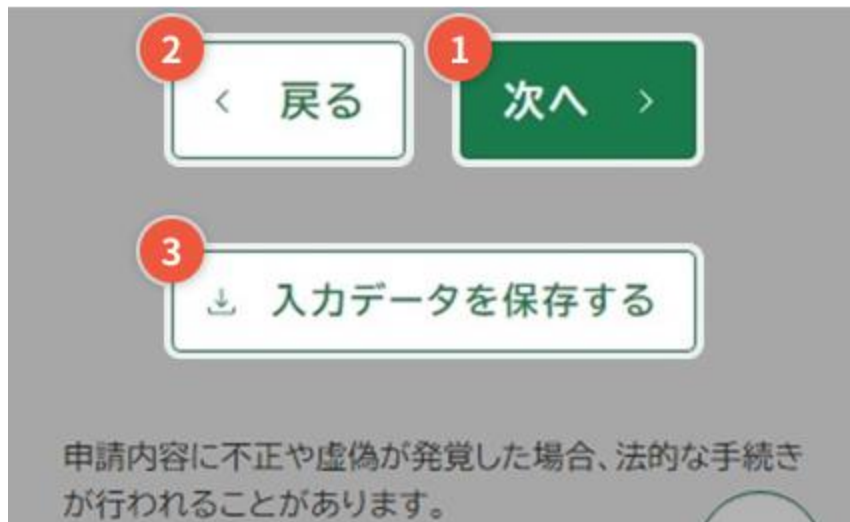
1234

今回の申請は一度お返した申請について再申請(提出)されるものですか。 **必須** (?)

はい

いいえ

電話番号を入力し、今回の申請が再申請の場合は「はい」を、再申請ではない場合は「いいえ」を選択します。



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

attention 操作に関する注意事項

この画面で「戻る」ボタンを押すと、内容がクリアされますので、ご注意ください。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押下すると、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「限度額適用・標準負担額減額認定申請書_YYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例: 2026 年1月 20 日 10 時 30 分 22 秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する ヘ

2. 申請情報を入力する

✓ — 2 — 3 — 4 — 5

申請情報入力

認定対象者情報

氏名（カタカナ） 必須

療養する方の氏名（カタカナ）を入力ください。
全角25文字以内で入力ください。濁点（・）、半濁点（゜）は1文字としてカウントします。
セイとメイの間にスペースを入力ください。

氏名（カタカナ）
キョウカイ タロウ

生年月日 必須

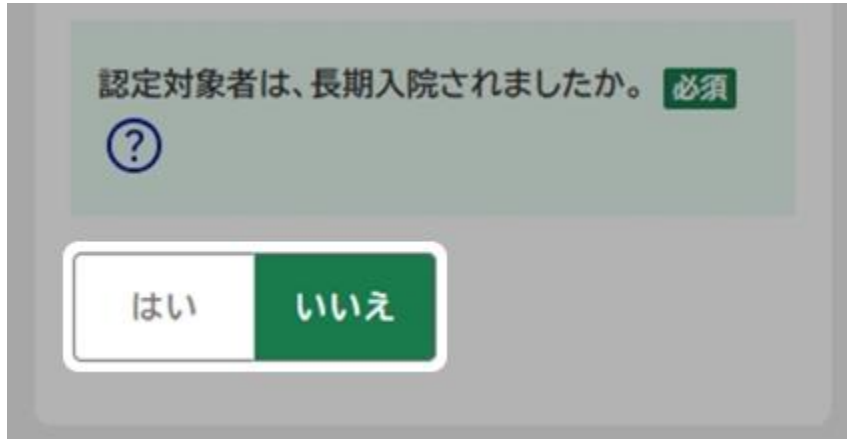
療養する方の生年月日を入力ください。

年
昭和64年・平成元年(1989年) ▼

月
5月 ▼

日
10日 ▼

療養する方の氏名(カタカナ)と生年月日を入力します。



認定対象者の長期入院の有無を選択します。

「認定対象者は、長期入院されましたか。」で「いいえ」を選択した場合は送付先情報の入力へ進みます。

> [送付先情報の入力](#) へ

「認定対象者は、長期入院されましたか。」で「はい」を選択した場合は次の操作に進みます。

認定対象者は、長期入院されましたか。 **必須**




はい

いいえ

長期入院情報

申請月以前1年間の入院日数合計 **必須**

半角数字3桁以内で入力ください。

※申請を行った月以前1年間の入院期間を入力いただき、証明書類を添付書類アップロード画面にてアップロードしてください。[こちら](#)  より必要な書類をご確認ください。ただし、保険者に低所得者として認められた期間にかかる入院に限ります。

長期入院の期間は5つ分の入力が可能です。

▼ [6つ以上の長期入院の期間がある場合はこちら](#)

日数

92

日間

申請月以前 1 年間の入院日数合計を入力します。

長期入院情報1

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) **必須**

年
令和8年(2026年) ▼

月
1月 ▼

日
20日 ▼

から

年
令和8年(2026年) ▼

月
1月 ▼

日
29日 ▼

半角数字3桁以内で入力ください。

日数
10 日間

入院1回ごとの入院期間を入力します。

入院した医療機関等の名称 **必須**

全角39文字(半角78文字)以内で入力ください。

入院した医療機関等の名称
〇〇総合病院

入院した医療機関等の所在地 **必須**

所在地は全角39文字(半角78文字)以内で入力ください(都道府県は文字数に含みません)。

都道府県
東京都

市区町村
港区

丁目・番地
〇〇1丁目1番地

建物名・号室
△△△△

入院した医療機関等の名称、所在地を入力します。

入院期間が1つの場合は送付先情報の入力へ進みます。

> [送付先情報の入力](#) へ

入院期間が複数ある場合は次の操作に進みます。

長期入院情報入力欄を追加 +

「長期入院情報入力欄を追加」ボタンを押します。

長期入院情報2

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) **必須**

年

令和8年(2026年)



月

2月



日

20日



から

年

令和8年(2026年)



月

5月



日

11日



半角数字3桁以内で入力ください。

日数

82

日間

表示された入力欄に、入院期間、医療機関等の名称、所在地を入力します。

また、入院期間が3つ以上の場合は「長期入院情報入力欄を追加」ボタンを押し、同様の手順で長期入院情報の追加が可能です。

point 操作に関するポイント

長期入院情報を削除する場合は「長期入院情報○入力欄を削除」ボタンを押します。

— 長期入院情報2入力欄を削除

「OK」ボタンを押します。

長期入院情報2を削除します。
よろしいですか？

キャンセル

OK

— 長期入院情報2入力欄を削除



attention 操作に関する注意事項

「長期入院情報○入力欄を削除」ボタンを押すと、「長期入院情報○」の内容がクリアされますので、ご注意ください。

長期入院情報を複数入力した状態で、いずれかの長期入院情報を削除すると、削除した長期入院情報以降の連番が自動的に繰り上がって表示されます。

送付希望先情報

加入者情報入力画面で入力した被保険者の住所と別のところに送付を希望する場合は、「はい」を選択し、送付希望先の情報を入力ください。

送付希望先情報を入力しますか。 **必須**

はい

いいえ

送付希望先情報の入力の有無を選択します。

「はい」を選択した場合 [送付希望先情報の入力](#) へ

「いいえ」を選択した場合 [申請代行者](#) へ

● 「はい」を選択した場合

送付希望先の郵便番号、住所、宛名、電話番号を入力する欄が表示されます。

送付希望先情報を入力しますか。 **必須**

はい いいえ

郵便番号 **必須**

半角数字(ハイフンなし)7桁で入力ください。
郵便番号を7桁入力して表示される候補を選択すると、住所欄に反映されます。
郵便番号が分からない方は [こちら](#)

郵便番号

1050000
東京都港区

7 / 7

郵便番号欄に郵便番号を 7 桁すべて入力します。

該当する住所が自動で表示されますので、住所を選択します。

住所 必須

住所は全角39文字(半角78文字)以内で入力ください(都道府県は文字数に含みません)。

都道府県

東京都

市区町村

新宿区

丁目・番地

〇〇1丁目1番地

建物名・号室

××××

自動入力された住所を確認し、住所の詳細を入力します。

宛名 必須

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。

宛名

株式会社〇〇 総務課△△

電話番号 必須

半角数字10桁以上、12桁以内で入力ください。

090

-

1234

-

1234

宛名と電話番号を入力します。

申請代行者

申請代行者欄は入力不要です。

氏名

全角13文字以内で入力ください。
姓と名の間にスペースを入力ください。

氏名

入力欄がグレーの背景になっている、「氏名」「被保険者との関係」「電話番号」「申請代行の理由」の入力は不要です。

情報照会

被保険者等の課税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。

マイナンバーを利用した情報照会を希望しますか。 **必須**

希望する 希望しない

マイナンバーを利用した情報照会の希望の有無を選択します。



point

操作に関するポイント

「マイナンバーを利用した情報照会を希望しますか。」で「希望する」を選択した場合は被保険者郵便番号の入力欄が表示されます。

被保険者郵便番号を入力します。

情報照会

被保険者等の課税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。

マイナンバーを利用した情報照会を希望しますか。 **必須**

希望する

希望しない

被保険者郵便番号 **必須**

情報照会に必要なため、以下に当てはまる郵便番号を入力ください。

提出月が1月～7月の場合：
前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

提出月が8月～12月の場合：
本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

半角数字(ハイフンなし)7桁で入力ください。

被保険者郵便番号

105-0000

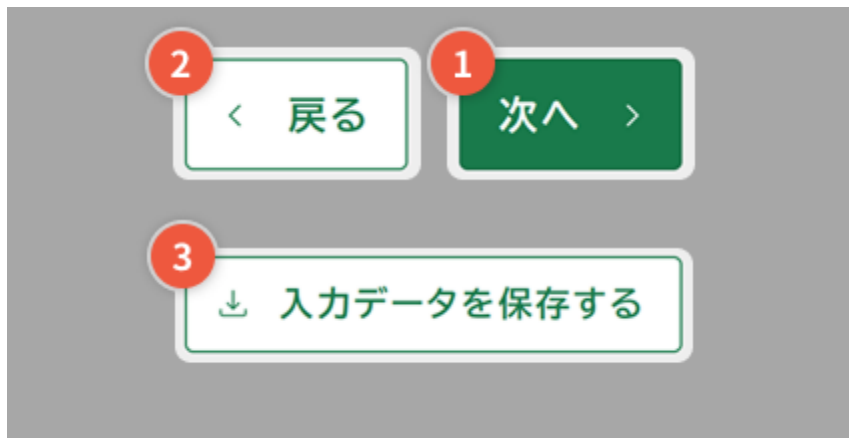
備考

備考

全角400文字(半角800文字)以内で入力ください。

備考

備考がある場合は備考欄に入力します。



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

> 2-3-1 ②書類をアップロードする ハ

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押下すると、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「限度額適用・標準負担額減額認定申請書_YYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例:2026 年 01 月 20 日 10 時 30 分 22 秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する ハ