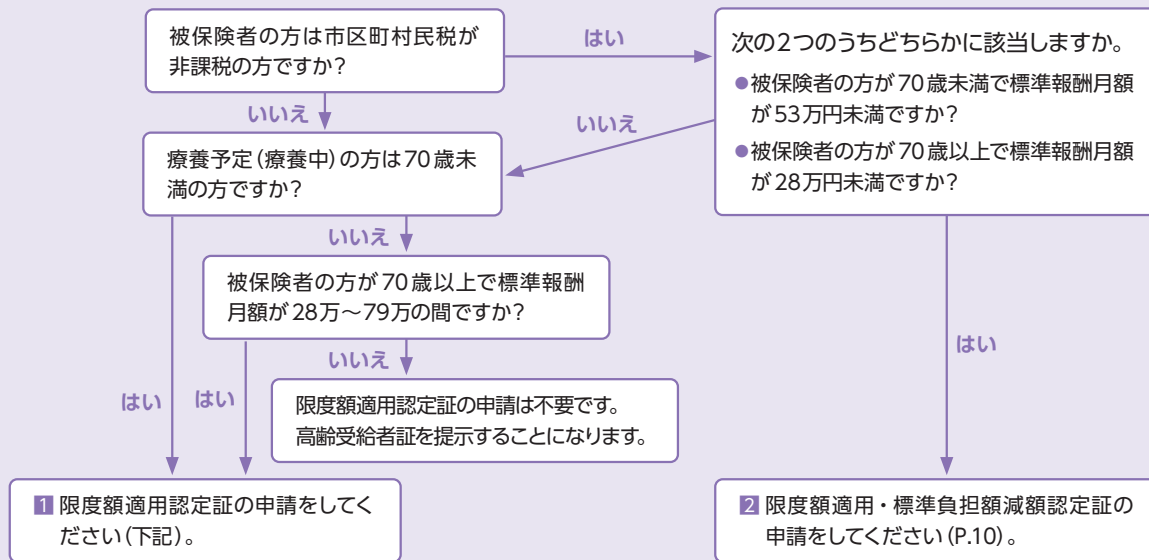


『協会けんぽGUIDE BOOK』43ページ参照

🔍 申請チェックフロー

限度額適用認定申請書等



 記載例

健康保険 限度額適用認定 申請書

限

入国時ご自身の健康保険が既に国民健康保険となつておらず、なお、記入方法が他の申請書類等についてとは異なる手引き書をご用意しております。

氏名 (姓)
保原 謙二

氏名 (カナ)
ヒサノケンジ

印
保原 謙二

住所
東京都港区〇〇1-△△マンション101

生年月日
2 1 7 0 0 2 3 1

性別
男

電話番号
0 3 0 1 2 0 0 0 0

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
キヨウカイ タロウ

生年月日
2 0 0 1 0 5 1 0

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由
☐ 1. 事務的負担を軽減するため
☐ 2. 事務的負担を軽減するため

氏名
保原 謙二

住所
東京都千代田区△△1-1

税名
株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

電話番号
0 9 0 × × × × × × × × × ×

申請代行の理由

健康保険被保険者証 本人（被保険者） 00497
令和 2年 4月10日交付
印 21700023 番号 1 (扶養) 00

氏名 協会 太郎
生年月日 平成 元年 5月 10日
性別 男
資格取得年月日 令和 2年 4月 1日

事業所名称 株式会社○○○○○○○
被保険者番号 9 9 9 9 9 9 9 9
保険者番号 全国健康保険協会 ○○支部
保険者所在地 ○○○○市○○区○○-○○-○○

可
受
取
扱
可
な
機
関

印
信
用
金
庫
有
限
公
司

保険証の記号・番号を記入
した場合は記入不要です。

二 チェックリスト

被保険者および被扶養者が医療機関等での窓口支払額を軽減したいとき

2 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 (市区町村税非課税などの低所得者)

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。

被保険者証 21700023 21 2 01 05 10

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号(ハイフン除く) 1050000 電話番号(左7桁ハイフン除く) 090XXXXXX

住所 東京 港区〇〇1-1△△マンション101

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

生年月日 2 01 05 10

認定対象者は、長期入院されましたか。 1

上記情報事項を記入し、本表と別紙に添付を希望する場合は記入してください。

住所 1020000 東京 千代田区△△1-1

宛名 株式会社〇〇〇〇 総務課〇〇△△

氏名 被保険者との関係

電話番号 申請代行の理由

郵便番号 1050000

備考

社会保険労務士の提出代行を記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

1. 収入(所得)の記入欄(所得) 2. 収入(所得)の記入欄(所得) 3. 収入(所得)の記入欄(所得)

2ページ目に続きます。 >>>

全国健康保険協会 協会けんぽ

記号・番号は、
保険証に記載
されています。



認定対象者が家族(被扶養者)の場合でも被保険者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。

療養される方が申請を行った月以前1年間で長期入院(90日超)された場合は2頁目を必ずご記入ください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

マイナンバーを利用した情報照会を行う場合は、被保険者の住民税の非課税証明書の添付が省略できます。マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、希望しないに☑を入れたうえで、必要な書類を添付してください。

入院され自宅で限度額適用・標準負担額減額認定証の受取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付します。

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 (市区町村税非課税などの低所得者)

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 92

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 04 08 01 04 10 31 92

① 入院した医療機関等 〇〇総合病院

所在地 東京都新宿区△△1-1

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

② 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)

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)

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)

⑤ 入院した医療機関等

所在地

23022201

全国健康保険協会 協会けんぽ

チェックリスト

●申請時期

被保険者の市区町村民税が非課税の場合で、被保険者および被扶養者が病院や診療所・薬局での窓口支払額を軽減したいとき

●添付書類チェックリスト

☐ 低所得者

〈マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合〉

☐ 不要 (※)協会けんぽでマイナンバーが未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類が必要となる場合があります。

〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉

☐ 被保険者の非課税証明書の原本

☐ 4月～7月診療分の場合は、前年度の非課税証明書の原本

☐ 8月～翌年3月診療分の場合は、当年度の非課税証明書の原本

☐ 直近1年以内に91日以上入院がある(長期入院)

☐ 入院期間が記載されている領収書のコピー等、入院期間を証明する書類(保険者に低所得者として認められていた期間の入院に限ります。)

3 特定疾病療養受療証交付申請書

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

特定疾病にかかる自己負担の軽減を受ける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

被保険者証 記号(左詰め) 217000231 番号(左詰め) 2 生年月日 1.昭和 01 2.平成 05 3.令和 10 月 10 日

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号(ハイフン除く) 1050000 電話番号(左詰めハイフン除く) 090XXXXXXX

住所 東京 港区 〇〇1-1△△マンション101

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 1.昭和 01 2.平成 05 3.令和 10 月 10 日

疾病名 2

送付希望先情報欄

郵便番号(ハイフン除く) 1600000 電話番号(左詰めハイフン除く) 03XXXXXXX

住所 東京 新宿区 〇〇1-1

宛名 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

医師の証明欄

下欄に医師の証明を受けるか、疾病にかかったことを証明する診断書等を添付してください。

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。

医療機関の所在地 東京都品川区△△1-1

医療機関の名称 〇〇総合病院

医師の氏名 保険 五郎

電話番号 03-XXXX-XXXX

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認(被保険者) ☐ 1. 記入有(添付あり) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり)

添付書類 診断書 医療券 ☐ 1. 添付(診断書・更生治療の医療券など) 2. 不備

同時申請 ☐ 1. 資格取得 ☐ 1. 被扶養者異動届 ☐ 1. 被保険者変更訂正

23011301

その他 ☐ 1. その他(理由)

枚数

全国健康保険協会 協会けんぽ

1/1

記号・番号は、
保険証に記載
されています。



認定対象者が家族
(被扶養者)の場合で
も被保険者の氏名・
生年月日・住所をご
記入ください。

療養する方の氏名(カ
タカナ)、生年月日、
疾病名をご記入くだ
さい。

入院され自宅で受療
証の受取りができな
い場合などにご記入
ください。不備等に
より書類をお返しす
る場合もこの送付先
に送付します。

医師の意見を受けて
ください。

保険証の記号・番号を記入
した場合は記入不要です。

チェックリスト

●申請時期 特定疾病の療養のため、高額な医療費がかかるとき

☐ 医師の証明

●添付書類チェックリスト

申請書内の「医師の意見欄」に医師の記入、証明を受けるか、特定疾病に関する意見書その他疾病にかかったことを証明する書類(診断書など)を添付してください。