

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

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 (Insurance Information) form including fields for insurance card number, name (フリガナ), address, and phone number.

認定対象者欄 (Certification Eligible Person Section) form including fields for name, birth date, and treatment period.

送付希望先 (Delivery Destination) form including fields for address and phone number.

申請代行者欄 (Application Agent Section) form including fields for name, phone number, and relationship to the insured.

※限度額適用・標準負担額減額認定証の送付先または、申請書を返戻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

被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。

記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

Input field for insurance card number.

受付日付印

(2021.6)

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

Input field for social insurance labor consultant ID: 2 3 0 1 1 7

Input field for association use: 1 [] [] [] []

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

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 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日まで	日間
	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 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日まで	日間
	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 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日まで	日間	
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 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日まで	日間	
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 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称										
	所在地										

市区町村長証明欄

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 令和 ()年度の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。

様式番号

2 3 0 2 1 6