

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

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(左づめ) 番号(左づめ) 生年月日
氏名(カタカナ)
氏名
郵便番号(ハイフン除く) 電話番号(左づめハイフン除く)
住所

認定対象者欄
氏名(カタカナ)
生年月日
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す。

送付希望先欄
上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。
住所
宛名
電話番号(左づめハイフン除く)

申請代行者欄
被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。
氏名
電話番号(左づめハイフン除く)
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
被保険者郵便番号
希望しない

備考

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

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。>>>

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)
同時申請
添付書類
非課税証明
所得証明
長期入院証明
その他
枚数

受付日付印

(2023.7)

# 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

申請月以前1年間の入院日数合計		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日間	※申請を行った月以前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。 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す。	
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> 日間
①	入院した医療機関等	名称		
		所在地		
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> 日間
②	入院した医療機関等	名称		
		所在地		
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> 日間
③	入院した医療機関等	名称		
		所在地		
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> 日間
④	入院した医療機関等	名称		
		所在地		
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> 日間
⑤	入院した医療機関等	名称		
		所在地		

長期入院欄