

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 01
氏名	キョウカイ ハナコ	
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

※（枝番）の記載は不要です

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

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については「記入の手引き」をご確認ください。

記号・番号欄
記号（左詰め） 1 0 1 0 1 0 1 番号（左詰め） 1 生年月日 昭和 40 年 10 月 01 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） 9810000 電話番号（左詰めハイフン除く） 022XXXXXXX

住所 宮城 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1

氏名（カタカナ） キョウカイ ハナコ

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 ☒ いいえ

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（左詰めハイフン除く）

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 被保険者との関係 申請代行の理由

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

備考

被保険者の記号・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、本人確認書類の添付が必要となります。）

社会保険労務士の提出代行名記入欄

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 ハナコ	
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	

- 資格情報のお知らせに記載された記号・番号（被保険者と同じ数字です。）
- 被保険者情報欄に被保険者の情報
- 認定対象者欄に被扶養者の情報

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。

ご自宅以外の送付先への発送を希望する場合のみご記入ください。

被保険者の代わりに申請する場合ご記入ください。

【マイナンバー記載欄】

記号・番号を記入いただければ、
マイナンバーの記入は不要です。
※本人確認書類等も不要です。

- 【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 郵便番号 9810000	希望 ☐ マイナンバーを利用した情報連携を希望しない場合は、必ず入れてください。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 郵便番号	希望 ☒ マイナンバーを利用した情報連携を希望しない場合は、必ず入れてください。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
「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
確認ください。

※申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入ください。
ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

1 ページ目：本人記入欄

療養を受ける方が

「 **本人（被保険者）**
枝番が00 」
の場合

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				

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 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使用ください。なお、記入方法および資格情報欄については、下記の通りです。

1 2 ページ

被保険者情報欄

記号・番号 1010101 1 1 1 40 10 01

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) 9810000 電話番号 (左詰めハイフン除く) 022xxxxxxx

住所 宮城 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1

認定対象者欄

氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

生年月日 1 40 10 01

認定対象者は、長期入院されました。 1

送付希望先欄

住所 宮城 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1

宛名 協会 太郎

電話番号 (左詰めハイフン除く) 022xxxxxxx

申請代行者情報欄

氏名 協会 太郎

電話番号 (左詰めハイフン除く) 022xxxxxxx

被保険者との関係 申請代行の理由 1. 被保険者が入院中であるため 2. その他

情報照会欄

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、必ず入れてください。希望しない場合は、必要な証明書を添付してください。

備考

被保険者の記号・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

以下は、協会使用欄のため、

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				

※枝番記載不要

被保険者情報欄・認定対象者欄にご記入いただく情報は、
被保険者ご本人（協会太郎）の情報です。

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。

ご自宅以外の送付先への発送を希望する場合のみ、記入ください。

被保険者の代わりに申請する場合記入ください。

【マイナンバー記載欄】

記号・番号を記入いただければ、
マイナンバーの記入は不要です。
※本人確認書類等も不要です。

- 【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。

情報照会欄

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、必ず入れてください。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。

情報照会欄

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、必ず入れてください。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
「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
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。

氏名
(カタカナ)

生年月日

1. 昭和
2. 平成
3. 令和

認定対象者は、長期入院されましたか。

1

1. はい
2. いいえ

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

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 08 01 06 10 31 92

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

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

07 02 01 07 02 28 28

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

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

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

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	・ 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。

・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	「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。
・「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	「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」

○以下は当てはまる方のみご提出ください。

・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	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
------------------------------------	------------------------------

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
○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。 ○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 ・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	○「非課税証明書の原本」などの書類を 必ずご添付ください。 ○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 ・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

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)

