

# (新様式) 記入のポイント

## 限度額適用・標準負担額減額認定証【被保険者が非課税等のとき】①

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**

不明の場合は記入不要

受診者が、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「引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

**被保険者情報**

被保険者証 記号(左づめ) 番号(左づめ) 生年月日

氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

氏名

郵便番号(ハイフン除く)

住所 都 道 府 県

必ず「被保険者」の氏名・生年月日

受診者である被扶養者氏名等を書くとき×

**認定対象者情報**

氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

生年月日

認定対象者は、長期入院されましたか。  
 はい  いいえ (「はい」の場合、2ページ「長期入院医療」を記入してください。)

療養(入院など)される方の氏名・生年月日

**受診者情報(先着)**

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 都 道 府 県

宛名 電話番号(左づめハイフン除く)

**申請代行者情報**

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) 理由

記入すると、非課税証明書等が「必要」

**マイナンバー**

被保険者 希望しない  希望する  (マイナンバーを利用した情報照会希望しない場合は、記入してください。希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。)

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

原則、記入不要

記入すると確認書類が必要

有効期間を遡っての交付を希望されるときは、「〇月から有効の証を希望(●●病院(入院先等)・▲▲様(ご担当者)より了承済み)」と記入してください。

- \* 通常は協会けんぽが受付けた月から1年間有効の証を発行します。
  - ・「4月10日」受付 → 「4月1日～翌年3月31日有効」の証を発行
- \* 例えば4月になってから、3月から有効の証発行を希望されるときは、入院等先の医療機関様への了承を取ってから、「備考」欄に上記内容をご記入ください。
  - ・(記入があると)  
「4月10日受付」 → 「3月1日～翌年2月28日有効」の証を発行

(2022.10)

1 / 2

# (新様式) 記入のポイント

## 限度額適用・標準負担額減額認定証(被保険者が非課税等のとき)②

### 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

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	※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、証明書を添付してください。 ただし、市区町村民税が課されていない病院の入院期間に及びます。	
申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 日
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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 日
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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 日
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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 日
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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 日
⑤	入院した医療機関等	名称		
		所在地		

2 3 0 2 1 2 0 1