

# 限度額適用・標準負担額減額認定申請書の記入の注意点

## 1ページ目:本人記入欄



療養を受ける方が  
「**家族(被扶養者)**と記載された  
保険証を使用されている方」  
の場合

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

低所得(住民税非課税等)に該当され方が、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ざいます。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。

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| 健康保険被保険者証<br>記号(記号欄)<br>21700023 | 氏名<br>キョウカイ タロウ    |
| 氏名<br>協会 太郎                      | 生年月日<br>2 06 08 11 |
| 郵便番号<br>9810000                  | 電話番号<br>022xxxxxxx |
| 住所<br>山梨 甲府市 〇〇町 1-1             |                    |

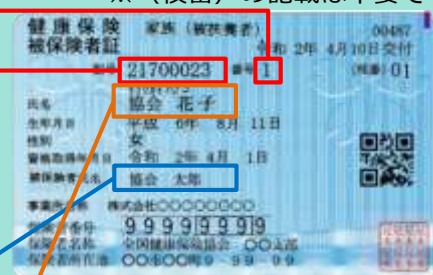
認定対象者は、長期入院されましたか。 ☐

住所  
氏名  
電話番号  
申請代行の欄

被保険者  
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、必ず入力してください。希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。

マイナンバー記載欄  
被保険者証の記号・番号を記入したければ、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。

※(枝番)の記載は不要です



- 記号番号の欄に  
保険証に記載された記号番号
- 被保険者情報欄に  
被保険者(協会太郎)の情報
- 認定対象者欄に  
被扶養者(協会花子)の情報  
上記のとおり記入ください。

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】  
被保険者証の記号・番号を記入した  
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、必ず入力してください。希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。

- 【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

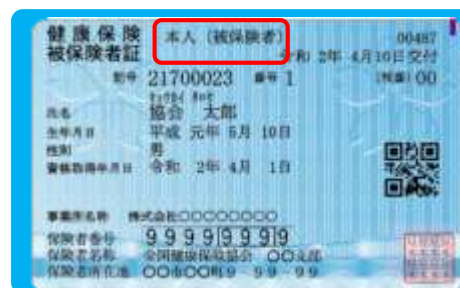
希望しない ☒ マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、必ず入力してください。希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。

申請月によって  
情報照会に記入する  
「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。



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。

## 1ページ目: 本人記入欄



療養を受ける方が

「**本人(被保険者)**と記載された  
保険証を使用されている方」  
の場合

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

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ざいます。記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご覧ください。

被保険者証 記号(記号欄) 番号(記号欄) 生年月日

2 1 7 0 0 0 2 3 1 2 0 1 0 5 1 0

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号(ハイフン付) 9 8 1 〇 〇 〇 〇 電話番号(左づつハイフン付) 0 2 2 x x x x x x x x x x

住所 山梨 甲府市 〇〇町 1-1

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

生年月日 2 0 1 0 5 1 0

認定対象者は、長期入院されましたか。 ☐

住所 宛先 宛先

宛先 宛先 電話番号(左づつハイフン付)

被保険者以外の者が申請する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。

氏名(カタカナ) 被保険者との関係 申請代行の理由

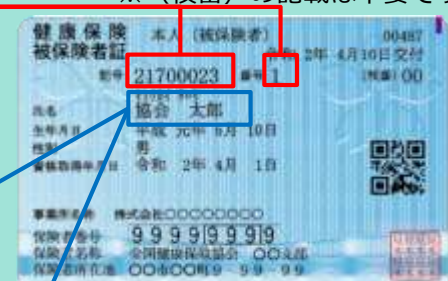
被保険者 郵便番号 希望 ☐ マイナンバーを利用した情報連携を希望しない場合は、必ず入力してください。希望しない場合は、必要説明書類を添付してください。

備考

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。

※(枝番)の記載は不要です



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】  
被保険者証の記号・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 9 8 1 〇 〇 〇 〇 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、必ず入力してください。希望しない場合は、必要説明書類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、必ず入力してください。希望しない場合は、必要説明書類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、正しい内容を記入ください。

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  年  月  日

認定対象者は、長期入院されましたか。 ☒ 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

申請月以前1年間の入院日数合計  1  2  0 日

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)  0  4 年  0  8 月  0  1 日 から  0  4 年  1  0 月  3  1 日  9  2 日

① 入院した医療機関等 名称 ○○総合病院 所在地 甲府市 ○○町 5-5

② 入院した医療機関等 名称 ○○大学病院 所在地 甲府市 □□町 5-5

③ 入院した医療機関等 名称 所在地

④ 入院した医療機関等 名称 所在地

⑤ 入院した医療機関等 名称 所在地

ご本人(被保険者)の氏名を記入ください。

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<br>（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。

※上記に該当しない加入者は「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はなりません。

#### ○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<br>・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、<br>または「マイナンバーによる情報連携を希望する」<br>※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<br>「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。<br>※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。<br><br>○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。<br>(例)<br>・令和5年8月診療分～令和6年7月診療分に使用<br>→令和5年1月1日時点の住民票住所の郵便番号<br><br>・令和6年8月診療分～令和7年7月診療分に使用<br>→令和6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」などの書類を必ず添付ください。<br><br>○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。<br>(例)<br>・令和5年8月診療分～令和6年7月診療分に使用<br>→令和5年度（令和4年中収入）の(非)課税証明書<br><br>・令和6年8月診療分～令和7年7月診療分に使用<br>→令和6年度（令和5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 山梨支部  
協会けんぽ

〒400-8559

甲府市丸の内3-32-12

甲府ニッセイスカイビル4階

TEL : 055-220-7750 (代表)