

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 交付申請書

部長	次長	係

電算入力日 令和 年 月 日 入力者

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日
				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒 -)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		
	療養する方は、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年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。			

☐ はい
☐ いいえ

➡

「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 令和 年 月 日

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R6.4)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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)	年	月	日	から	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)	年	月	日	から	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)	年	月	日	から	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)	年	月	日	から	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。

市区町村長証明欄	当該被保険者（	）は（	）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～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。