

常務理事	事務長	課長	係長	係

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被 保 險 者	① 保険証の 記号		② 被保険者氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日			
		番号					
	③ 住 所	〒 一 (電話) 一 一					
	④ 事業所 名 称						
備 考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)						

※認定対象者が被保険者の場合は、⑤に「本人」と記入し、⑥～⑦は省略して差し支えありません。

※認定対象者と被保険者の住所が同一の場合は、⑦に「同居」と記入し住所の記載は省略して差し支えありません。

認 定 対 象 者 <small>( 証 を 必 要 と す る 者 )</small>	⑤ 氏 名 生年月日	昭・平・令 年 月 日			⑥ 被保険者 との続柄				
	⑦ 住 所	〒 一 (電話) 一 一							
長 期 入 院 欄	⑧ 長期入院	該 当 • 非 該 当							
	以降は⑧の長期入院該当者のみ記入してください。				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)			令 年 月 日から 令 年 月 日まで				日間
		入院をした保険医療機関等			名 称				
	2	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)			令 年 月 日から 令 年 月 日まで				日間
		入院をした保険医療機関等			名 称				
	3	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)			令 年 月 日から 令 年 月 日まで				日間
		入院をした保険医療機関等			名 称				
	4	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)			令 年 月 日から 令 年 月 日まで				日間
		入院をした保険医療機関等			名 称				
	5	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)			令 年 月 日から 令 年 月 日まで				日間
		入院をした保険医療機関等			名 称				

(注) 市区町村 長が証明 する欄	当該被保険者(氏名 )は令和 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 <span style="float: right;">印</span>		

※上記証明欄に市(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。

## 記入上の注意等

- 市町村民税が非課税となっている方は、市町村民税非課税証明書を添付してください。  
なお、注の欄に証明を受けた場合は、その添付の必要はありません。
- 標準負担額の減額を受けられることにより、生活保護法の規定による要保護とならない方については、「限度額適用・標準負担額減額認定該当(C)」と記載された「保護申請却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」又はこれらの写に事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明したものを添付して下さい。
- 長期該当者として申請する方は、標準負担額に係る領収証(入院期間に標準負担額を伴なわない期間がある場合は、入院期間に係る保険医療機関等の証する書類)を添付して下さい。

交付年月日	令年月日	発効年月日	令年月日
規則101条に該当した年月日	令年月日	90日を超えた日	令年月日
長期該当年月日	令年月日	有効年月日	令年月日
却下年月日	令年月日	発行番号	号
※	備考欄		

※印の欄は記入しないで下さい。