

※市区町村住民税非課税などの低所得者用

健 保 使 用 欄	常務理事	課長	課長代理	主任	担当

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者等	記号	番号	事業所名	
被保険者氏名			生年月日	(和暦) 年 月 日
対象者氏名			続柄	生年月日 (和暦) 年 月 日
対象者居所住所	〒 -			
	電話	携帯		
備考欄	被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。(個人番号を記載した場合は、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。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。			

長期入院 (過去1年間に入院期間が90日以上)		☐ 該当 ・ ☐ 非該当 ※どちらかにチェックしてください	
ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入して下さい。			入院日数合計： (①+②+③+④) 日間
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	(和暦) 年 月 日 から (和暦) 年 月 日 まで	① 日間
	入院をした保険医療期間等	名 称 所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	(和暦) 年 月 日 から (和暦) 年 月 日 まで	② 日間
②	入院をした保険医療期間等	名 称 所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	(和暦) 年 月 日 から (和暦) 年 月 日 まで	③ 日間
	入院をした保険医療期間等	名 称 所在地	
③	入院をした保険医療期間等	名 称 所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	(和暦) 年 月 日 から (和暦) 年 月 日 まで	④ 日間
	入院をした保険医療期間等	名 称 所在地	
④	入院をした保険医療期間等	名 称 所在地	

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。

受付日付印

※ 市区町村が 証明する欄	当該被保険者は、(和暦) 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。(和暦) 年 月 日 市区町村長名
-------------------------	--

※申請書に市区町村長から非課税であることの証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。
4月から7月診療分については前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については
当年度の課税に関する証明を受けてください。
※長期入院に該当される方は、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収証など)を
添付してください。