

健 保 使 用 欄	常務理事	課長	課長代理	主任	担当

※市区町村民税非課税などの低所得者用

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	111	番号	1111111	事業所名	株式会社〇〇〇〇								
被保険者氏名	健保 太郎				生年月日	(和暦)	××	〇〇	年	10	月	10	日	
対象者氏名	健保 太郎			続柄	本人	生年月日	(和暦)	××	〇〇	年	10	月	10	日
対象者居住所	〒	1	2	3	-	4	5	6	7	東京都墨田区錦糸町〇丁目〇番〇〇号				
	電話	03-0000-0000				携帯	070-0000-0000							
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)		<input checked="" type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 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)							153	日間
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	(和暦)	××	〇〇	年	4	月	1	日	から	①	92	日間		
	入院をした保険医療期間等	名称	〇〇〇〇大学付属〇〇〇〇病院												
		所在地	東京都江東区豊洲〇丁目〇番〇〇号												
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	(和暦)	××	〇〇	年	8	月	1	日	から	②	61	日間		
	入院をした保険医療期間等	名称	〇〇〇〇記念病院												
		所在地	東京都江東区東雲〇丁目〇番〇〇号												
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	(和暦)			年		月		日	から	③		日間		
	入院をした保険医療期間等	名称													
		所在地													
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	(和暦)			年		月		日	から	④		日間		
	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) ××〇〇 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 (和暦) ××〇〇 年 10 月 10 日 市区町村長名 〇〇〇〇区長
---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

※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。