

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

市区町村民税
非課税※1などの
低所得者用

被 保 険 者	ふりがな		被保険者証記号		番号	
	被保険者氏名		生年月日		年	月 日
	住所	〒 _____ 電話 () _____				
	事業所名称 〔任意継続・特例退職の方は記載不要〕					

認 定 証 適 用 対 象 者	ふりがな		続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日
			認定証使用開始	年 月診療から使用予定
	長期入院※2	該当（該当者は裏面も記載して下さい。） ・ 非該当		

認 定 証 送 付 先	送付先は原則、事業所（任意継続・特例退職の方は、被保険者住所）となります。	
	<input type="checkbox"/> その他	
	住所	〒 _____
	宛名	
	「その他」を希望する理由	

下欄に市(区)町村から証明を受けるか、別に(非)課税証明書を添付してください。

市 (区) 町 村 長	が(※3)証明する欄	当該被保険者には _____ 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 _____

備考欄	
-----	--

上記のとおり関係書類を添えて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。

申請日 年 月 日

注意事項

- ※1 被保険者が、市(区)町村民税の非課税者等である場合です。ただし、現在、上位所得者に該当する場合は、所得区分が上位所得者になります。
- ※2 長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院していることです。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。
- ※3 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。
- ※4 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（事業所を経由せず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書類の添付が必要です）。

受付日付印

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 (日間)			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日 日間
	入院をした 保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日 日間
	入院をした 保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日 日間
	入院をした 保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日 日間
	入院をした 保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日 日間
	入院をした 保険医療機関等	名称	
		所在地	

入院期間記入欄が足りないときは、お手数ですが別紙にてご記入ください。(様式・書式は、問わず。)

長期該当者として申請する者は、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書など)を添付してください。