

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
非課税などの
低所得者用

1

2

ページ



被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	療養予定期間(申請期間)	令和	年	月	~	令和	年	月
	療養する方は、長期入院されましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。				

送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。						
	住所	(〒 -)	都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				
宛名							

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。						
	氏名・印	印		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	申請代行の理由	()		

※限度額適用・標準負担額減額認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。
 ※申請書受付日より前の月の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

被保険者のマイナンバー記載欄
 マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。▶

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

(2019.5)

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
様式番号	協会使用欄

2	3	0	1	1	7
---	---	---	---	---	---

1				
---	--	--	--	--

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
非課税などの
低所得者用

1

2

ページ

被保険者記入用

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)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日まで	日間		
入院した 保険医療機関等	名称											
	所在地											
⑤ 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日まで	日間		
入院した 保険医療機関等	名称											
	所在地											

市区町村長証明欄	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。
	当該被保険者(氏名)は <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 印 <input type="text"/>

※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が必要となります。

様式番号

2 3 0 2 1 6