

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

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日
	被保険者証の (右づめ)		年 月 日
	1 2 3 4	5 6 7 8	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4 8 0 9 1 0 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎	
住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	○○ 都道 府県 ○○市○○町	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○○ (○○○○) ○○○○	○○番○○号○○	

認定対象者欄	療養を受ける方 [被保険者の場合は、 記入の必要が ありません。]	氏名	健保 花子	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間 (申請期間)	令和 3 年 1 0 月 ~ 令和 3 年 1 1 月	5 0 年 6 月 1 0 日		
	療養する方は、長期入院されましたか。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていること 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。	<input type="checkbox"/> はい → 「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。 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			

希望送付先	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のみご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> 所属事業所へ送付する (所属している会社の人事部経由で送付を希望の場合は左のチェック欄に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 下記住所へ送付する (入院中等でやむを得ず別の住所に送付希望の際は左のチェック欄に☑を入れ下記記入欄に宛先を ご記入ください。例: ○○病院○病棟○○号室等詳しくご記入下さい。)		
	住所	(〒 -)	都道 府県
	電話番号	TEL ()	
宛名			

市区町村民長証明欄	市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村民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 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。	
	市区町村民長名	印

※必要とされる方が家族の場合でも、証明もしくは (非) 課税証明書は被保険者分が必要です。

※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。

- 療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。
- (例)
- 令和3年8月診療分~令和4年7月診療分: 令和3年度 (令和2年中収入) の (非) 課税証明
 - 令和4年8月診療分~令和5年7月診療分: 令和4年度 (令和3年中収入) の (非) 課税証明