

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者の記号		被保険者の番号		被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄必須)		性別	
※		(左詰め)		(氏)	(名)	男・女	
生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	事業所の 名称		
					所在地		
減額 対象者	氏 名		生 年 月 日		続柄	性別	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日		男・女	
被 保 険 者(減額対象者) の 住 所					電 話 番 号		
〒							
標準負担額の減額の別					市町村民税非課税者 食事療養標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者		
長期入院	該当・非該当	入院日数合計		日間			
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。						
☐	①申請者本人(被保険者)または申請代行者が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人または申請代行者が確認している。						

※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ください。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで
	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)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで
	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)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで
	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)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで
	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)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

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。

(注)	当該被保険者には令和 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。
市区町村長が証明する欄	市区町村長名 ⑤

受付印

記入上の注意等

◆ 保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。

1. 市町村民税が非課税となっている者は、市町村民税非課税証明書を添付してください。
なお、注の欄に証明を受けた場合は、その添付の必要はありません。
2. 標準負担額の減額を受けられることにより、生活保護法の規定による要保護とならない者については、「限度額適用・標準負担額減額認定該当(C)」と記載された「保護申請却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」又はこれらの写に事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明したものを添付してください。
3. 長期該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収証(入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は入院期間に係る保険医療機関等の証する書類)を添付してください。
4. 被保険者本人の押印は不要です。押印に変わる重要事項として、必ず確認欄に☑をお願いします。また、市区町村の証明印は省略することができません。
5. 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
6. 当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。

※ 健保使用欄									
交付年月日	令和	年	月	日	発行年月日	令和	年	月	日
規則101条に該当した年月日	令和	年	月	日	90日を超えた日	令和	年	月	日
長期該当年月日	令和	年	月	日	有効年月日	令和	年	月	日
却下年月日	令和	年	月	日	発行番号	号			
備考欄									

※印の欄は記入しないでください。