

記入例

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」印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	
1 2 3 4	5 6 7 8 9 0 0	健保 太郎		男・女	
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	事業所の 名称 (会社名)	所在地 (会社の住所)	
4 7 0 9 0 8					
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	本人	男・女
	健保 太郎				
被保険者(減額対象者)の住所			電話番号		
〒100-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101			03-xxxx-xxxx		
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	000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。				
<input checked="" type="checkbox"/>	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。				
<input type="checkbox"/>	②申請者本人または申請代行者が確認している。				
※ここから	必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。				
①	申請日	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
	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					
(注)	当該被保険者には令和 年度の市町村民税が課されないこと				
市区町村長が証明する欄	市区町村長名				

【重要】
 必ず☑をお願いします。
 押印に変わる重要事項
 となります。

【訂正方法】
 ●訂正の際は、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。
 例：あいうえお かきくけこ(健保太郎)

【重要】
 市区町村の証明印は
 省略できませんので、必ず
 押印もらってください。

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。