

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号					
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	年	月	日	所在地
減額認定証 交付対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	年	月	日	性別
被保険者の住所		〒 _____ 連絡先電話番号 _____			
上記の住所とは別の 所に送付を希望する 場合は、その送付先	住所	〒 _____ 連絡先電話番号 _____			
	宛名				
療養予定期間		_____年 月 ~ _____年 月			
長期入院（長期入院については裏面の記入上の留意事項3をご覧ください）		_____ 該 当 ・ 非該 当			
ここから下は長期入院該当者として申請する方のみ記入してください。				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		_____ 日間	
		_____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)	_____年 月 日から		_____ 日間	
		_____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)	_____年 月 日から		_____ 日間	
		_____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)	_____年 月 日から		_____ 日間	
		_____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)	_____年 月 日から		_____ 日間	
		_____年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です） No. _____					

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

(裏面)

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

記入上の留意事項

- 1 市区町村民税が非課税となっている方は、市区町村民税が非課税であることの証明書を添付してください。
なお、裏面の(注)欄で市区町村長の証明を受けた場合は、その添付は必要ありません。
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。
- 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方については、「限度額適用・標準負担額減額認定該当(オ)」と記載された「保護申請却下通知書」「保護廃止決定通知書」(事業主、民生委員又は福祉事務所長の原本証明した写でも可)を添付してください。
- 3 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をいいます。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。
- 4 長期該当者として申請する者は、申請月以前12月の入院期間、入院医療機関名、所在地を記入し、入院期間を証明する書類を添付してください。
- 5 この申請による認定証は、認定申請をした月の属する翌年の7月末日まで有効です。ただし、1月から7月までに申請があった場合は、その年の7月末日まで有効です。引き続き認定を受けようとする場合は、改めて申請しなければなりません。
- 6 すでに認定証の交付を受けている場合は、その認定証を添付してください。

健保組合が記入する欄			
交付年月日	年 月 日	発行年月日	年 月 日
施行規則に該当した日	年 月 日	90日を超えた日	年 月 日
長期該当年月日	年 月 日	有効年月日	年 月 日
却下年月日	年 月 日	発行番号	
備考			