被保険者（申請者）記入用　市区町村民税非課税などの低所得者用

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1　2

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	担当者

被保険者情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者等の記号・番号	・		昭和・平成・令和 年 月 日
氏名	（フリガナ）	印	自署の場合は押印を省略できます。
住所	（〒 ー ）		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

認定対象者欄

療養を受ける方（受診者）	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
療養見込期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
傷病名		医療機関名（病院名）	

上記傷病名が外傷性（骨折・捻挫・打撲等）の場合は、別途傷病原因の照会について（回答）を添付してください。
（※労災・交通事故等の場合、健康保険が使用出来ない場合もございますので、ご注意ください）

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。**

☐ はい
☐ 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。

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ご記入ください。**
※医療機関に送付を希望する場合は、必ず事前に医療機関に送付可能か確認し、病棟・病室番号等を記載してください。

住所	（〒 ー ）
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）
宛名	

申請代行者欄

「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方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	
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）	申請代行の理由	☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため ☐ その他 （ ）

※限度額適用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。

令和　年　月　日

上記のとおり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。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

受付日付印

（06.11）

送付先：〒110-8639 東京都台東区東上野1-13-14 関東百貨店健康保険組合 審査課TEL03-3833-6142

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

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）	令和　年　月　日 から 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）	令和　年　月　日 から 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）	令和　年　月　日 から 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）	令和　年　月　日 から 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	

・**被保険者等の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不要です**
・マイナンバーを記載した場合は個人番号確認と、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①～②のいずれかの方法により申出を行ってください。

☐ ①「（非）課税証明書」原本の添付

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「（非）課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付して下さい。
※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「（非）課税証明書」を添付ください。

☐ ②市区町村長からの証明

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より証明を受けてください。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は令和　　年度の 市区町村民税が課されないことを証明する。	市区町村長名　　印

※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。

送付先：〒110-8639 東京都台東区東上野1-13-14 関東百貨店健康保険組合 審査課 TEL03-3833-6142