

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	年	月	日	
	被保険者証の記号・番号	〇〇〇	〇〇〇〇	昭和	平成	令和	
				*	*	年 月 〇〇 日	
	(フリガナ)						
	氏名	関東 〇郎				被保険者住所・連絡先を必ずご記入ください。	場合は押印を省略できます。
	住所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都 * * * 区 * * * 1-1-1					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0 * 0 (* * * *) * * * *					被保険者との関係を記入してください。受診者が被保険者の場合は、「本人」、被扶養者の場合は、「子」ではなく、「長男・長女等」の続柄を記入してください。

認定対象者欄	療養を受ける方 (受診者)	氏名	関東	生年	昭和・平成	〇年 〇月 〇〇日
	療養見込期間	平成・令和 * * 年 * 月 〇日	認定証は、療養見込期間の開始月の1日から有効となります。開始月は必ず記入してください。終了月が未定の場合は、記入は不要です。	被保険者との続柄	二男	
	傷病名	気管支炎				
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。						
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請してください。						

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 ※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					
	住所	上記の被保険者住所以外に送付を希望される場合は、こちらに送付先を記入してください (例)妻の実家あてに送付希望の場合 〒000-0000 □□県××市△△町1-2-3 東京 二郎 様方 関東 花子				
	電話番号 (日中の連絡先)	宛名 関東 花子				
①「傷病原因の照会について」は、当組合ホームページから印刷していただくか、審査課までご連絡ください。 ②労災(業務上・出張中、通勤途中)に該当される場合は、労災保険を使用してください。 ③交通事故の場合は、事前に審査課までご連絡ください。別途、「第三者行為による傷病届」等を提出していただきます。						

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	()	()	()	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 申請代行の理由 ()

※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。

平成・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

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

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)	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日まで	日間	
入院した 保険医療 所在地	長期入院該当: 申請から過去1年以内に90日以上入院期間がある場合、 その入院期間を記入してください。		
2 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日 から 平成・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)	平成・令和 年 月 日 から 平成・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)	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称	マイナンバーの記載は、必須ではなく、任意となります。記載した場合は、添付書類 等が必要となります。 (例) マイナンバーカード(写)および、運転免許証、旅券(パスポート)等の(写)	
	所在地		

・被保険者証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	当該被保険者は平成・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。