

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

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。

令和 年 月 日

被保険者情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月			
	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。		

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。			
	申請代行者の 氏名	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	1. 被保険者本人が入院中で外出ができないため 2. その他 ()

送付希望先	ご希望の送付先を選択してください。			
	1. 上記住所			
	2. 事業所			
	3. その他	宛名 被保険者との関係 ()		
	住所	〒 -		
	TEL	()		

■添付書類

被保険者の住民税の非課税証明書

※4月～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～翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明が必要となります。

(例) 令和5年8月診療分～令和6年7月診療分：令和5年度（令和4年中収入）の証明書

令和6年8月診療分～令和7年7月診療分：令和6年度（令和5年中収入）の証明書

※マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定書は発行されません。
当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証に受診時の減額認定の情報が反映されます。

受付日付印

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)	年	月	日	から	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)	年	月	日	から	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)	年	月	日	から	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)	年	月	日	から	年	月	日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名 称								
	所在地								
5 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年	月	日	から	年	月	日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名 称								
	所在地								

■ 添付書類

長期入院（申請月以前の1年間で90日を超えて入院）される方

- ①入院期間を証明する書類の写し（入院期間が記載されている領収書など）
- ②すでに発行されている「限度額適用・標準負担額減額認定証」

※マイナンバーを利用した情報照会を活用することにより非課税証明書の添付を省略できます。希望される方は、下記に記入してください。

(照会の結果、情報を取得できない場合は添付書類の提出が必要になる場合があります)

非課税者の情報	診療月が 1月～7月の場合	「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号	〒		〒	
			市区町村名				
	診療月が 8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号	〒		〒	
			市区町村名				