

事業所
担当印



マイナンバーカードに対応した医療機関では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

① 2

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

被 保 険 者 情 報	記号	番号	期限切れによる更新、滅失による再交付の場合				
	被保険者の	—	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 滅失による再交付申請			
	ふりがな		生年月日	年	月	日	
	氏名		<input type="checkbox"/> 昭和				
			<input type="checkbox"/> 平成				
			<input type="checkbox"/> 令和				
住所	〒	—	電話番号	()			
希望送付先	〒	—	電話番号	()			
事業所名称			所在地	宛名			

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方の氏名(被保険者の場合は記入不要)	生年月日	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 昭和			
		<input type="checkbox"/> 平成			
		<input type="checkbox"/> 令和			
	療養予定期間 ※	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	長期入院	該当・非該当	長期入院とは、申請月以前1年間ですでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市町村民税が課されていない期間の入院に限ります。 *該当の場合は、2ページ目の「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。		

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

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



上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

提出日 令和 年 月 日

健保受付年月日

常務理事	事務長	係

標準報酬月額	適用区分
千円	

健保受付年月日

長期入院に該当する方は、下記をご記入ください。

合計入院日数

日間

1	申請日前1年間の入院期間(日数)	年	月	日	～	年	月	日	日間
	入院した 保健医療機関等	所在地 名称							
2	申請日前1年間の入院期間(日数)	年	月	日	～	年	月	日	日間
	入院した 保健医療機関等	所在地 名称							
3	申請日前1年間の入院期間(日数)	年	月	日	～	年	月	日	日間
	入院した 保健医療機関等	所在地 名称							
4	申請日前1年間の入院期間(日数)	年	月	日	～	年	月	日	日間
	入院した 保健医療機関等	所在地 名称							
5	申請日前1年間の入院期間(日数)	年	月	日	～	年	月	日	日間
	入院した 保健医療機関等	所在地 名称							