

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証

交付申請書

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（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の（右づめ）	3	1 2 3 4	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	5 3	4 1
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		性別	☒ 男 ☐ 女	
	住所	(〒 000 - 0000) 千葉 都 道 府 県 千葉市〇〇区〇〇〇1-2-3				
電話番号（日中の連絡先）	TEL 000 (000) 0000					

下記のとおり、必要書類を添付し健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

☒令和 3 年 8 月 20 日
☐ ()

認定対象者欄	療養を受ける方 被保険者の場合は記入の必要はありません	氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	☒ 昭和 54 年 5 月 1 日 ☐ 平成 ☐ 令和 ()
	医療機関名等	名称	〇〇健康保険病院				
		所在地	東京都〇〇区〇〇〇1-1-1				
		診療区分	☒ 入院 ☐ 外来 ☐ 調剤				
		電話番号	00-0000-0000				
	療養予定期間	☒ 令和 3 年 9 月 1 日 ~ ☒ 令和 3 年 10 月 30 日 ☐ ()	申請月の初日から最長で1年間です。原則、申請月の初日より前に遡及はできません。				
業務上・通勤途上・第三者行為以外、の負傷ですか	☒ はい ☐ いいえ⇒	「はい」と答えた場合、人事課又は健保にお問い合わせください					
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。但し、市区町村民税が課されていない期間の入院に限ります。	☒ 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。					

【必要書類】

■「市区町村民税非課税証明書」（4月～7月診療分は前年度、8月～翌3月診療分は今年度の証明書）

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者およびご家族以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏名	〇〇〇〇株式会社 山田 花子	被保険者との関係	人事担当者
	電話番号（日中の連絡先）	TEL 000 (000) 0000	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 ()

常務理事	事務長			担当者

交付期間	年 月 日～ 年 月 日
取得日	年 月 日 月額 千円

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

療養を受ける方の氏名

健保 花子

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計		108日間	
	申請を行った月以前1年 間の入院期間(日数)	令和 3 年 2 月 1 日 ~ 令和 3 年 3 月 2 日		30日間
	① 入院した 保険医療機関等	名 称	〇〇健康保険病院	
		所在地	東京都〇〇区〇〇〇1-1-1	
	申請を行った月以前1年 間の入院期間(日数)	令和 2 年 3 月 3 日 ~ 令和 2 年 5 月 19 日		78日間
	② 入院した 保険医療機関等	名 称	〇〇大学健康保険病院	
		所在地	千葉県千葉市〇〇区〇〇〇1-1-1	
	申請を行った月以前1年 間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
	③ 入院した 保険医療機関等	名 称		
		所在地		
申請を行った月以前1年 間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日	日間		
④ 入院した 保険医療機関等	名 称			
	所在地			
申請を行った月以前1年 間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日	日間		
⑤ 入院した 保険医療機関等	名 称			
	所在地			

【必要書類】

■入院期間が記載されている領収書など入院期間を証明する書類