

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	被保険者証の(右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		性別	□男 □女		
	住所	(〒 - )		都道府県			
	電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )					

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 年 月 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	続柄	生年月日	□昭和 □平成 □令和 □( )	年 月 日
	医療機関名等	名称				
		所在地				
		診療区分	・入院 ・外来 ・調剤			
		電話番号				
	療養予定期間	□令和 年 月 日 ~ □令和 年 月 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⇒		「いいえ」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			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 ( )	

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

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
	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
	① 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
② 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	
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