

【注意】 診察を受ける家族(被扶養者)が非課税でも被保険者が非課税に該当しない場合は申請できません。  
被保険者が非課税に該当していない場合は、「限度額適用認定書」で申請してください。

# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者の市区町村民税が非課税の方用

記入日: 令和 6年 12月 5日

|                               |                                |                |   |   |               |  |      |               |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------|---|---|---------------|--|------|---------------|
| 記号                            | 1                              | 番号             | 1234 ※1   | 事業所名  | 〇〇株式会社        |  |      |               |
| 情報                            | 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認      |                | ケンポ タロウ   | 生年月日  | 昭和<br>平成      | 3年 4月 5日   | 標準報酬 | 千円<br>(健保記入欄) |
|                               | 住所                             |                | 〒1234-5678<br>愛媛県四国中央市三島朝日12345                   | 電話番号  | 080-1234-5678 |  |      |               |
| 認定証交付対象者                      | 氏名                             | (フリガナ) ケンポ ハナコ | 生年月日  | 昭和<br>平成<br>令和  | 6年 5月 10日     | 認定証の受け取り方法を選択<br>※個人宛の送付は行っていません   |      |               |
|                               | 続柄                             | 妻              | 性別  | 男 ・ 女   | 受取方法          | <input checked="" type="checkbox"/> 事業所経由 <input type="checkbox"/> 健保窓口<br>※個人宛の送付は行っていません |      |               |
| 長期入院                          | (過去1年間に入院期間が90日を超える)           |                |   | <input type="checkbox"/> 非該当<br><input checked="" type="checkbox"/> 該当 (入院日数 合計 107 日)<br>⇒以下「申請日の前1年間の入院期間」を記入し、当該期間の領収証(写)を添付<br>長期入院(90日以上)の場合は、領収証を添付 |               |  |      |               |
| 申請日の前1年間の入院期間                 | ①申請日の前1年間の入院期間(日数)             |                |   | 令和 6年 1月 1日 ~ 令和 6年 2月 15日 まで (46日間)  |               |  |      |               |
|                               | 入院をした医療機関等                     |                | 名称  | A病院   |               |  |      |               |
|                               |                                |                | 所在地   | <病院の住所を記入>  |               |  |      |               |
|                               | ②申請日の前1年間の入院期間(日数)             |                |   | 令和 6年 3月 1日 ~ 令和 6年 4月 30日 まで (61日間)  |               |  |      |               |
|                               | 入院をした医療機関等                     |                | 名称  | B病院   |               |  |      |               |
|                               |                                | 所在地            | <病院の住所を記入>  |   |               |  |      |               |
| ③申請日の前1年間の入院期間(日数)            |                                |                | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで ( 日間)                      |   |               |  |      |               |
| マイナンバーを利用した情報照会に同意する方は郵便番号を記入 |                                | 名称             | マイナンバーを利用した情報照会を希望されない場合はこちらを☑<br>※(非)課税証明書の添付が必要 |   |               |  |      |               |
|                               |                                | 所在地            |   |   |               |  |      |               |
| 情報照会                          | 【提出月が1月~7月】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 |                |   | 【提出月が8月~12月】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号を記入  |               |  |      |               |
|                               | 被保険者郵便番号                       | 1 2 3 4 5 6 7  | 希望しない   | <input type="checkbox"/><br>マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑をいれてください。<br>希望しない場合は、(非)課税証明書の添付が必要です。   |               |  |      |               |
| 認定証交付開始年月日                    | 令和 6年 12月 1日                   |                |   |   |               |  |      |               |

※1 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。

<添付書類>

①【長期入院された方】 当該期間の領収証(写)を添付してください。

②【被保険者の市区町村民税が非課税の場合】 ※情報照会欄で郵便番号を記載された方は、添付不要  
提出月が1月~7月までの期間は前年度分、8月~12月迄は当年度分の(非)課税証明書を添付してください。  
認定証の有効期限は、申請日の属する月の1日~最初の7月末までです。  
8月1日以降も認定証が必要な場合、改めて新年度の(非)課税証明書を添付した申請が必要です。