

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

健保決裁欄	常務理事	事務長	課長	担当

被保険者の市区町村民税が非課税の方用

記入日: 令和 年 月 日

被保険者情報	記号	番号	事業所名					
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	標準報酬 千円 (健保記入欄)
	住所	〒			電話番号			
認定証交付対象者	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	続柄		性別	男	・	女	受取方法	<input type="checkbox"/> 事業所経由 <input type="checkbox"/> 健保窓口 ※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 <input type="checkbox"/> 該当 (入院日数 合計 日) ⇒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
------	----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで (日間)
	入院をした医療機関等	名称
		所在地
	②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)
	入院をした医療機関等	名称
		所在地
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)	
入院をした医療機関等	名称	
	所在地	

情報照会	被保険者等の課税情報等の確認のため、マイナンバーを利用した情報照会を行います。 【提出月が1月~7月の場合】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月の場合】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	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 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。 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 年 月 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。