

|      |     |    |    |     |
|------|-----|----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 担当者 |
|      |     |    |    |     |

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|                                                          |                                 |                   |                                                                                                   |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------|---|----|----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者<br>記号・番号                   | 記号                | 番号                                                                                                | 事業所名 |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          | 被保険者                            | 氏名                |                                                                                                   |      | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 | 年          | 月                                                     | 日 |    |    |
|                                                          | 減額対象者                           | 被扶養者<br>氏名        |                                                                                                   |      |      | 被保険者との続柄                                                   |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          |                                 | 被扶養者<br>生年月日      | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和               | 年    | 月    | 日                                                          | 被扶養者<br>性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |   |    |    |
|                                                          | 被保険者(減額対象者)の住所                  |                   | 〒      -                                                                                          |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          | 標準負担額の減額の別                      |                   | <input type="checkbox"/> 1 市町村民税非課税者<br><input type="checkbox"/> 2 食事療養標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者 |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          | 長期入院                            |                   | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                                          |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          | ここから下記は、長期該当者として申請する者のみ記入して下さい。 |                   |                                                                                                   |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          | 入院日数合計(      日間)                |                   |                                                                                                   |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          | 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  | 日間 |
|                                                          |                                 | 入院をした保険医療機関 等     | 名称                                                                                                |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          |                                 |                   | 住所                                                                                                |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
| 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 | 日間 |    |
|                                                          | 入院をした保険医療機関 等                   | 名称                |                                                                                                   |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          |                                 | 住所                |                                                                                                   |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
| 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 | 日間 |    |
|                                                          | 入院をした保険医療機関 等                   | 名称                |                                                                                                   |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          |                                 | 住所                |                                                                                                   |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
| ④                                                        | 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 | 日間 |    |
|                                                          | 入院をした保険医療機関 等                   | 名称                |                                                                                                   |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          |                                 | 住所                |                                                                                                   |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
| ⑤                                                        | 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 | 日間 |    |
|                                                          | 入院をした保険医療機関 等                   | 名称                |                                                                                                   |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |
|                                                          |                                 | 住所                |                                                                                                   |      |      |                                                            |            |                                                       |   |    |    |

上記の通り、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

受付日付印

|                            |                                            |
|----------------------------|--------------------------------------------|
| (注)<br>市区町<br>村長が<br>証明する欄 | 当該被保険者には、____年度の市(区)町村民税が<br>課せれないことを証明する。 |
|                            | 市区町村長名      印                              |

裏面もご覧下さい。

## 《注意事項》

- ◆市町村民税が非課税となっている方は、市町村民税非課税証明書を添付して下さい。  
なお、（注）の欄に証明を受けた場合は、添付の必要はありません。
  
- ◆標準負担額の減額を受けられることにより、生活保護法の規定による要保護とならない方については、「限度額適用・標準負担額減額認定該当（オ）」と記載された「保護申請却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」又はこれらの写に事業主、民生委員又は福祉事事務所長が原本証明したものを添付して下さい。
  
- ◆長期該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収証（入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は、入院期間に係る保険医療機関等の証する書類）を添付して下さい。
  
- ◆有効期限は、申請書受付日の属する月の1日から、直近の7月31日までとなります。
  
- ◆申請書受付日より、前の月の標準負担額減額認定証の交付はできませんのでご注意下さい。
  
- ◆被保険者の所得区分が変更になった場合は、新たな限度額認定証の発行が必要になりますので、標準負担額減額認定証を返却して頂き、「限度額適用認定申請書」の提出をお願いします。  
マイナ保険証を利用すれば、「限度額適用認定申請書」の提出は不要です。
  
- ◆有効期限で標準負担額減額認定証の回収を行いますので、紛失等しないように保管をお願いします。  
有効期限前に使用しなくなった場合は、健康保険組合へ返却をお願いします。