No.

適用区分	長期入院	該当 ・ 非該当	発効年月日	年 月 日				
オ・Ⅱ・Ⅰ	発行年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日				

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

① 被保険者等記号・番号	（記号） （番号） ―		②事業所名	
被保険者の	③氏名	（カナ）	④生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	⑤住所	〒 ― TEL ( )		
認定証交付対象者の	⑥氏名	（カナ）	⑦生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	⑧被保険者との続柄		⑨療養（予定）期間	年 月 ～ 年 月
	⑩ 入院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。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。			□はい □いいえ ※「はい」と答えた場合、右欄に、申請を行った月以前1年間の入院期間を記入してください。
⑪ ⑤とは別の送付先を希望する場合は、その送付先	〒 ― TEL ( )			
	（ 宛 名 ）			
⑫備考		※被保険者等記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。		

◎注意事項等

1．この申請書は市区町村民税が非課税の方等が療養される（されている）場合に使用してください。

2．対象者が被保険者本人の場合、⑥⑦⑧の記入は不要です。

3．市区町村民税が非課税の方は、申請書に市区町村長から非課税であることの証明（4月から7月までの診療については前年度、8月から翌年3月までの診療については当年度の課税に関する証明）を受けるか、別に「市町村民税非課税証明書」または「マイナンバー（個人番号）による課税情報等の確認申出書」を添付してください。

4．低所得者の適用を受けることにより、生活保護を必要としない方は、「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」またはこれらの写しに、事業主、民生委員、福祉事務所長が原本証明したものを添付してください。

5．長期入院に該当される方は、入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている領収書等）を添付してください。

受付年月日

申請を行った月以前1年間の入院日数合計	日間		
1	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
2	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
3	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
4	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
5	申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	

市町村（特別区）長証明欄	当該被保険者は 年度の市町村（特別区）民税が課されないことを証明する。 年 月 日 市町村（特別区）長名 ㊞