

〔住民税非課税者用〕

常務理事	常務代理	事務長	事務	事務	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

令和 年 月 日提出

被保険者	被保険者証	記号	1 3	番号						
	氏名							性別	男・女	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	職場記号				
	住所	〒								
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)									
	備考欄									
適用対象者	氏名						被保険者との続柄			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女			
	医療機関名					傷病名				
	入院日	令和	年	月	日	退院予定日	令和	年	月	日
長期入院（過去1年の入院日数が90日を超えるもの）						非該当・該当 ⇒以下記入				
ここから下は長期該当として申請する者のみ記入してください						入院日数合計(日間)				
	申請日前1年間の入院期間（日数）				入院をした保険医療機関等					
①	令和	年	月	日から	名称					
	令和	年	月	日まで	日間	所在地				
②	令和	年	月	日から	名称					
	令和	年	月	日まで	日間	所在地				
③	令和	年	月	日から	名称					
	令和	年	月	日まで	日間	所在地				
添付書類	<p>＊市区町村発行の住民税非課税証明書（原本） （4月～7月診療については前年度、8月～翌年3月診療は当年度の非課税証明書）</p> <p>＊長期入院に該当者する方は、領収書のコピー等入院期間がわかる書類</p>									

※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31日までです。

8月1日以降も認定証が必要な場合は、改めて新年度の非課税証明を添付した申請が必要です。

健保記入欄	資格取得日	昭平令	年	月	日	扶養認定日	昭平令	年	月	日
	非課税該当	令	年	8月～令	年	7月				
	長期入院該当	令	年	月	日	備考				
	区分	発効日	有効期限	交付日	回収日					
低所得者C	令	年	月	日	令	年	月	日	月	日

受付印