

常務理事	検 印	担 当

G

# 記入例

決定年月日

健康保険

## 限度額適用・標準負担額減額認定

申請書

市区町村民税  
非課税などの  
低所得者用

1

2

被保険者(申請者)記入用

記入日 令和3年 5月 1日

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号 9 2	番号 0 1 2 3 4 5 6	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ) ケンポ 太郎		3 8 年 0 4 月 0 1 日
	住所	(〒 530 - 0001 )	大阪 府 守口市〇〇町〇〇丁目-〇〇-〇〇	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		

申請内容	認定証が必要な方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	被保険者と家族の方が必要な場合は、それぞれ申請用紙が必要です。
	家族が必要な場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	必要とされる方は、長期入院をされましたか?	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

長期入院とは、申請を行った月以前1年間の間に90日以上入院されている場合のことをさしています。

\* はいの場合は、2ページ「長期入院記入欄」に今回申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。

送付希望先	原則、被保険者住所へのお届けとなりますが、入院中等でやむを得ず別の住所に送付希望される場合のみご記入ください。 * ●●様方、●●病院●階●病棟●●号病室 等 詳しくご記入ください。
	住 所 (〒 - )

市区町村民証明書	<市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に非課税証明書の添付が必要です> (注意)・4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。 (※平成30年8月から平成31年7月までの認定証が必要な場合、平成30年度(平成29年分)が必要となります) ・必要とされる方が家族の場合でも、証明もしくは非課税証書は被保険者分が必要です。
	当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
	市区町村長名 △△市長 ○○○○ (印) 令和元年5月1日

該当年度の市町村発行の非課税とわかる証明書(非課税証明書等)の原本をご添付いただくか、こちらの欄に証明を受けてください。

健保受付印

健康保険

# 限度額適用・ 標準負担額減額認定

支給申請書

長期入院記入欄

申請を行った月以前  
一年間の入院日数の合計

135 日間

①申請を行った月以前  
一年間の入院期間（日数）平成  
令和

30年10月01日

平成  
令和

30年10月15日 (15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  
一年間の入院期間（日数）平成  
令和

30年12月01日

平成  
令和

31年03月30日 (120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  
一年間の入院期間（日数）平成  
令和

年 月 日

平成  
令和

年 月 日 (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  
一年間の入院期間（日数）平成  
令和

年 月 日

平成  
令和

年 月 日 (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  
一年間の入院期間（日数）平成  
令和

年 月 日

平成  
令和

年 月 日 (日間)

入院した  
保険医療機関等

名称

所在地