

健康保険

# 限度額適用・ 標準負担額減額認定

申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日		
	被保険者等 ※	1 1 1 1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 1 1 1 1 1 1
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎		
	住所	(〒 000 - 0000 )	〇〇 都 道 府 県	〇〇市〇〇区〇〇町1-1 ××マンション203	
電話番号	TEL 090 ( 123 ) 4567				

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日 1 1 1 1 1 1
	被保険者との続柄	本人	性別	男	女	
	療養予定期間	令和 年 月	～	令和 年 月		
	療養する方は、長期入院されましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		「はい」と答えた場合は、2ページ「長期入院欄」に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。		

希望送付先	上記被保険者住所宛 ・ 事業所宛 ・ その他 (第三者宛てに送付の場合は備考に理由を記入ください。)				
	その他送付先住所	(〒 - )	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )			
	宛名			備考	

※医療機関に送付の場合は、医療機関の許可を取り、ご担当者のお名前を記入ください。

上記のとお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。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

- 外傷性での負傷の場合は別途、健康保険組合までご連絡ください。
- 「非課税証明書」の原本を添付してください。  
4月～7月診療分 …… 前年度の課税に関する証明書  
8月～翌3月診療分 …… 当年度の課税に関する証明書

受付日付印

※記号番号がわからない場合のみ記入してください

※被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

限度額適用・  
標準負担額減額認定

長期入院欄	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)		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		