

記入見本

被保険者が
住民税(市区町村民税)非課税の場合の
申請書です

※前年度・住民税が非課税の方の申請書です(通常は「健康保険限度額適用認定申請書」をご使用下さい)

健康保険 限度額適用・食事療養標準負担額減額認定申請書

申請日:令和 4 年 10 月 3 日

記号番号枝番	記号	1000	番号	12345	
被保険者	氏名	太陽 花子		生年月日	昭・平・令 60年 12月12日
適用対象者 (認定証を使う方)	氏名	同上		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	続柄	本人	※本人の場合は「本人」と記入		性別 男・女
使用期間(予定)	令和 4 年 10 月 ~ 令和 4 年 12 月				
※ケガの場合に記入	年月日	令和 年 月 日() 午前・午後 時頃			
	場所				
	状況				
長期入院(通算90日以上)		該当		非該当(以下記入不要)	

ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間	平令4年 1月 22日から	平令4年 3月 20日まで	58日間
	入院をした保険医療機関等	名称 ひまわり病院	所在地〒000-0000 東京都〇〇区〇町3-4-5	
②	申請日の前2年間の入院期間	平令4年 7月 21日から	平令4年 9月 30日まで	72日間
	入院をした保険医療機関等	名称 ひまわり病院	所在地〒000-0000 同上	
③	申請日の前3年間の入院期間	令 年 月 日から	令 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地〒	
入院日数合計				日間

上記のとおり関係書類を添えて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。

※市区町村長が証明する欄	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	「市区町村が証明する欄」は非課税証明添付あれば省略可
--------------	-----------------------------------	--------	----------------------------

↑非課税証明書添付の場合は上記証明は不要です※遡及することはできません。

非課税証明書を添付してください。

※添付書類・被保険者の非課税証明書(長期の場合は入院期間が証明できる書類も添付)

※証明書の有効期限は、7月31日になります。7月~8月にかかる場合は2枚申請が必要です。
【非課税証明書について】
①例R2.8月~R3.7月中に入院→R2年度(R1年分又は平成31年分)非課税証明書を添付
②例R3.8月~R4.7月中に入院→R3年度(R2年分)非課税証明書を添付
③例R3.7月~R4.9月まで入院→申請書2枚にR2年度(R1年分又はH31年分)とR3年度(R2年分)非課税証明書を添付

★原則、事業所又は所属宛に送付しますが、自宅等を希望の場合は、あて先記入の封筒に、404円分の切手(簡易書留料金分)を貼付して添付下さい。受取人が必要となりますのでご留意下さい。

有効期限は7月31日です。
7月~8月にかかる場合は
2枚の申請・2枚の非課税証明書(前年・前々年度分)を
提出下さい。