

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 6 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 6 年 10 月 ~ 令和 6 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 6 年 1 月 22 日から | 平・令 6 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1年間の入院期間 | 平・令 6 年 7 月 21 日から | 平・令 6 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1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 | 「市区町村が証明する欄」は 非課税証明添付あれば 省略可 |
| | 市区町村長名 | |

↑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R5.8月~R6.7月中に入院→R5年度(R4年分)非課税証明書を添付
②例)R6.8月~R7.7月中に入院→R6年度(R5年分)非課税証明書を添付
③例)R6.7月~R6.8月まで入院→申請書2枚にR5年度(R4年分)とR6年度(R5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、460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。