

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(他の方は「健康保険限度額適用認定証交付申請書」をご使用下さい)

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

申請日:令和 6 年 10 月 3 日

被保険者等	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・ <input checked="" type="radio"/> 女
使用期間(予定)	令和 6 年 10 月 ~ 令和 6 年 12 月				
※々の場合に記入	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)		<input checked="" type="radio"/> 該 当			

「長期入院」欄は
申請前1年間の入院日数が
90日以上は該当、
90日未満は非該当に○をする

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	令 6 年 1 月 22 日から	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	令 6 年 7 月 21 日から	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

非課税者の 情報	診療月が 1月~7月の場合	「診療月の前年1月1日」の 住民票住所の	郵便番号 〒 -
	診療月が 8月~12月の場合	「診療月の当年1月1日」の 住民票住所の	郵便番号 〒 -
		市区町村名	
		市区町村名	

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。

★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。