

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	枝番	00
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	妻・長男・長女等記入ください		性別	男・女
使用期間(予定)	令和 6 年 10 月 ~ 令和 6 年 12 月					
※ヶガの場合に記入	年月日	令和 月 日() 午前・午後 時頃				
	場所					
	状況					
長期入院(通算90日以上)		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

長期入院に該当される方は①～③をご記入ください。
※入院期間が証明できる書類を添付してください。

長期入院に 該当される方	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					130 日間

該当する市町村名等をご記入ください。

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 〒 -	市区町村名
	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 〒000-0000	市区町村名 東京都〇〇区

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。