

所属 支社名	
連絡先(IPコード・内線等)	担当者名
	印

健保処理欄		
常務理事	事務長	担当者

※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 年 月 日

記号番号枝番	記号	番号	枝番	00
被保険者	氏名・印	生年月日	昭・平	年 月 日
適用対象者 (認定証を使う方)	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日
	続柄	性別		男・女
使用期間(予定)	令和 年 月 ~ 令和 年 月			
※ケガの場合に記入	年月日	令和 年 月 日 ()	午前・午後	時 分
	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	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	
②	申請日の前2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	
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 印

↑ 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。