

# 記入見本

健保処理欄		
常務理事	事務長	担当者

**※被保険者の方が、住民税(市区町村民税)が非課税者である場合に使用する申請書です。**

「事業所」欄は任意継続者は記入不要

## 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2年11月1日

事業所	名称	太陽生命保険㈱		所属 支社名	西東京支社	
		連絡先(IPコード・内線等)【 333 】		担当【 山田 】		
記号番号	記号	1000	番号	12345		
被保険者	氏名・印	太陽 花子 <b>太陽</b>		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・	<b>女</b>
	住所	〒000-0000 東京都中央区日本橋〇-〇-〇 太陽マンション111		※適用対象者の住所を記入		
使用目的 (必ず記入)	目的(いずれかに○)	○入院		外来(薬局)	入院・外来両方	
	入院期間(予定)	令和 2年 11月10日から		令和 2年12月20日まで		
	手術日(予定)	令和 2年 11月 12日		※入院期間・手術日はわかる範囲の記入で結構です		
	病院名・薬局名等	ひまわり病院				
	傷病名	肝臓がん				
長期入院(通算90日以上)	○該当		非該当(以下記入不要)			

「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

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 2年 1月 22日から	平・令 2年 3月 20日まで	58日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地 ひまわり病院 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 2年 7月 21日から	平・令 2年 9月 30日まで	72日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地 ひまわり病院 同上		
③	申請日の前1年間の入院期間	平・令 年 月 日から	平・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

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。	印
	市区町村長名		

受付日付印

「市区町村が証明する欄」は非課税証明添付があれば省略可

↑非課税証明書添付の場合は不要です

※添付書類・適用対象者(認定証を使う方)の非課税証明書 □確認済  
・長期の場合は入院期間が証明できる書類

※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)H30.8月～R1.7月中に入院→H30年度(H29年分)非課税証明書を添付  
②例)R1.8月～R2.7月中に入院→H31年度(H30年分)非課税証明書を添付  
③例)R1.7月～R1.9月まで入院→申請書2枚にH30年度(H29年分)とH31年度(H30年分)非課税証明書を添付

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。