

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。

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

記号番号	記号	1000	番号	12345		
被保険者	氏名・印	太陽 花子 太陽		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2年 11月 ~ 令和2年 12月					
※ケガの場合に記入	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	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〒000-0000		
		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〒000-0000		
		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。	受付日付印
	市区町村長名 印	

↑非課税証明書添付の場合は不要です

「市区町村が証明する欄」は非課税証明添付あれば省略可

※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。