日

月

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税 などの低所得者用

年

令和

いてのとない健康保険限度頻適田	煙準負扣額の減額認定を由請します

	拉伊哈老 梦	記号	番号			記号番号が分からな	ない場合はマイナンバーを記入してください		
被	被保険者等 記号・番号 ^(左づめ)								
保険者	氏名	(フリガナ) 				生年月日	昭和 年 月 日 平成 (2) (3) 令和 (4)		
· 情 報	住所	(〒 -	-)	-) (道) () (果)			
ŦX	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						
	□ 本申請書の)提出を事業主へ	委任します。(委任する場	合は☑)				
認定対象者	療養を受ける方	氏名				生年 月日 口 平月 口 令	ti iii		
外象表	療養予定期間	令和	年	月 ~	令和	年 月			
	療養する方は、長期入院されましたか。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。 □ いいえ □ いいえ 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。								
欄						行った月以	前1年間の人院期間をご記入ください。 		
	ことです。ただし、ア		ていない期間の入院	期間に限ります	f。 口いいえ		前1年間の人院期間をこ記人ください。		
	ことです。ただし、ア	市区町村民税が課され	ていない期間の入院	期間に限ります	提出する場合にこ	ご記入ください。 民険者との関係	前1年間の人院期間をご記入ください。 コ 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です コ 任意代理人 ※委任状の添付が必要です		
申請代行者欄	「申請代行者が申請代行者の	市区町村民税が課され	ていない期間の入院	期間に限ります	提出する場合にこ	ご記入ください。 「記入ください。 「はなった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「なった。」 「な] 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です		
	「申請代行者相申請代行者の氏名	おおります。 では、 被保険者 (マイン・ボール・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	ていない期間の入院	期間に限ります	提出する場合にご被係	ご記入ください。 「除者との関係 に 生年月日 に	□ 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です □ 任意代理人 ※委任状の添付が必要です □ 昭和 年 月 日 □ 平成		
申請代行者欄	「申請代行者が 申請代行者の 氏名 住所 電話番号 (日中の連絡先)	市区町村民税が課され 引」は、被保険者 (〒 - 都道 府(県)	以外の方が申請	書を記入・	提出する場合にご被係	ご記入ください。 「除者との関係」 生年月日 [大には受任者の氏名	□ 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です □ 任意代理人 ※委任状の添付が必要です □ 昭和 年 月 日 □ 平成 □ 令和 □ 令和 □ なび生年月日又は住所の記載が必要です。		
申請代行者欄・・・・	「申請代行者が申請代行者の ・ 日本の ・ 日本の 日本の 日本の 日本の 日本の 日本の 日本の 日本の 日本の 日本の	市区町村民税が課され 関」は、被保険者 (〒 - 都道 府(県) TEL (以外の方が申請	期間に限ります。 マイ・カー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー	提出する場合にこれを任地を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を	ご記入ください。 「除者との関係」 生年月日 [は受任者の氏名	□ 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です □ 任意代理人 ※委任状の添付が必要です □ 昭和 年 月 日 □ 平成 □ □ ○ 令和 □ 及び生年月日又は住所の記載が必要です。		
申請代行者欄・・・・	「申請代行者相申請代行者相申請代名 住所 電中の連絡先) 資格確認書をを取 領 対談認定証は は、 ことです。ただし、下 「申請代行者相申請代子者相申請代名 「申請代名 「申請代子者相申請代名 「申請代子者相申請代子者相呼」を表する。 「申請代子者相申請任子者相申請任子者相呼」を表する。 「申請代子者相申請任子者相申請任子者相呼」を表する。 「申請代子者相申請任子者相申請任子者相呼」を表する。 「申請代子者相申請任子者相申请任子者的申请任子的申请任子的申请任子的申请任子的申请任子的申请任子的申请任子的申请任子	市区町村民税が課され 関」は、被保険者 (〒 - 都道 府(県) TEL (以外の方が申請	期間に限ります。 マイ・カー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー	提出する場合にこ 被保 ※委任* 保険証を利用され 了次第、マイナ の 付しますが、別の	ご記入ください。 「除者との関係」 生年月日 [は受任者の氏名	□ 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です □ 任意代理人 ※委任状の添付が必要です □ 昭和 年 月 日 □ 平成 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
申請代行者欄・・・・・	「申請代行者が 申請代行者の ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	市区町村民税が課され 関」は、被保険者 (〒 - 都 道 府 県) TEL ((まちの方に当該認: まされた場合、健 属事業所経由又は	以外の方が申請	期間に限ります。 書を記入・ う 対処理が 完 の住所へ送	提出する場合にこ 被保 ※委任* 保険証を利用され 了次第、マイナ の 付しますが、別の	ご記入ください。 「除者との関係」 生年月日 「 大には受任者の氏名 たいる方には、 にでいる方には、 に対している方には、 に対しているがには、 に対しているがには、 に対しているがには、 に対しているがには、 に対しているがには、 に対しているがには、 に対しているがには、 に対してい	□ 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です □ 任意代理人 ※委任状の添付が必要です □ 昭和 年 月 日 □ 平成 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税 などの低所得者用

		請を行った月以前 :間の入院日数合計		日間								
		申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間
		入院した 保険医療機関等	名 称									
			所在地									
		申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間
		入院した	名称									
長		保険医療機関等	所在地									
期入		申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間
院		入院した 保険医療機関等	名 称									
欄			所在地									
		申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間
		入院した 保険医療機関等	名 称									
			所在地									
	5	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日間
		入院した	名 称									
		保険医療機関等	所在地									

市区	市区町村民税が非課税の方は、	下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。	
町村	当該被保険者(氏名)は、令和()年度の市区町村民税が課されないことを証明する。	
市区町村長証明欄	市区町村長名	ED ED	

 $%4月\sim7$ 月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。