

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

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計		日間											
	1 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											
	2 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											
	3 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											
4 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 保険医療機関等		名 称												
		所在地												

市区町村長証明欄	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。	
	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。	
	市区町村長名	印

※4月～7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。