

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号		事業所名						
		番号								
	被保険者の氏名	(フリガナ)			男 ・ 女	生年月日	昭・平 年 月 日			
	適用対象者 ※ 対象が被保険者の 場合は記入不要	氏名				男 ・ 女	生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	被保険者の 住所・電話番号	〒 ー TEL() ー								
	長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えての入院)していましたか。・・・ 該当・非該当 (いずれかに○)									
	ここからは、長期入院に該当する方のみ記入してください。						入院日数合計 (日間)			
	①	申請日の前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	申請日の前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	申請日の前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 が 証 明 す る 欄	当該被保険者(氏名)は()年度の市区町村民税が課税されないことを証明する。
	市区町村長名

受付印

- 【注意事項】
- ◎ 70歳未満の方:診療月において標準報酬月額が53万円以上の方は、住民税が非課税であっても「低所得者」の適用にはなりません。
 - ◎ 70～74歳の方:診療月において「現役並み所得者」に該当する方は、「低所得者」の適用になりません。
 - ◎ 負傷の際に相手がいる場合(交通事故、喧嘩等)は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要です。

- 【添付書類】
- ◎ 被保険者(本人)の「住民税非課税証明書」

- ※ 「市区町村長が証明する欄」に証明を受けた時は添付省略可
- ※ 住民税非課税証明書について
4月～7月診療分については前年度、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要となります。
(例) ・令和5年8月～令和6年7月診療分:令和5年度(令和4年中の収入)の証明書
・令和6年8月～令和7年7月診療分:令和6年度(令和5年中の収入)の証明書