

健康保険組合記入欄	
交付年月日	年 月 日
発効年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日

理事長	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

(2枚中1枚目)

(注) この申請書は『住民税非課税者』用です。2枚目も記入してください。

被保険者証	記号		番号	
被保険者	氏名			生年月日 昭・平 年 月 日
	住所	〒 - TEL ()		
事業所	名称			
	所在地			
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男 ・ 女
認定証を提出する医療機関名	名称			
	所在地			
入院・通院の見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
認定証の希望送付先 (いずれかにレ)	<input type="checkbox"/> 事業所・勤務先 <input type="checkbox"/> 上記自宅住所 <input type="checkbox"/> その他 [〒 - 宛先 様]			
病気または負傷の原因 (いずれかにレ)	1. 第三者行為(交通事故・けんか)によるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2. 業務上や、通勤途上の事故などによるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ * 上記で「はい」に該当する方は、別途手続きが必要です。			
医療費助成の有無 (いずれかにレ)	病院での窓口負担の全額又は一部について、 国や地方自治体等から医療費助成を受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

上記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

~~~~~  
受付日付印

年 月 日 提出

### <注意事項>

- ◆この申請書により交付される『限度額適用認定証』を医療機関に提示すると、高額療養費が適用され、窓口負担額が軽減されます。

# 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(2枚中2枚目)

|                  |                                                                                                                                                                       |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 長期入院<br>(いずれかにし) | 今回療養を受ける方は、長期入院されていきましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>* 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。<br>(但し、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) |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

上記で「はい」に該当する方のみ、  
 下記の「長期入院該当の場合」をご記入ください

|           |                         |                       |    |   |   |         |    |    |
|-----------|-------------------------|-----------------------|----|---|---|---------|----|----|
| 長期入院該当の場合 | 申請を行った月以前<br>1年間の入院日数合計 |                       | 日間 |   |   |         |    |    |
|           | ①                       | 申請日の前1年間の<br>入院期間(日数) | 年  | 月 | 日 | から<br>日 | まで | 日間 |
|           |                         | 入院した<br>保険医療機関等       | 名称 |   |   |         |    |    |
|           | 所在地                     |                       |    |   |   |         |    |    |
|           | ②                       | 申請日の前1年間の<br>入院期間(日数) | 年  | 月 | 日 | から<br>日 | まで | 日間 |
|           |                         | 入院した<br>保険医療機関等       | 名称 |   |   |         |    |    |
|           | 所在地                     |                       |    |   |   |         |    |    |
|           | ③                       | 申請日の前1年間の<br>入院期間(日数) | 年  | 月 | 日 | から<br>日 | まで | 日間 |
|           |                         | 入院した<br>保険医療機関等       | 名称 |   |   |         |    |    |
|           | 所在地                     |                       |    |   |   |         |    |    |
|           | ④                       | 申請日の前1年間の<br>入院期間(日数) | 年  | 月 | 日 | から<br>日 | まで | 日間 |
|           |                         | 入院した<br>保険医療機関等       | 名称 |   |   |         |    |    |
|           | 所在地                     |                       |    |   |   |         |    |    |

下欄に市区町村長の証明を受けるか、『非課税証明書(原本)』を添付してください。  
 ※診療月が4月～7月の場合は前年度の非課税証明書、8月～翌年3月の場合は当年度の非課税証明書が必要です

|          |                                                                                            |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 市区町村長証明欄 | 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。<br>_____ 年 _____ 月 _____ 日<br>_____ 市区町村長名 |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

<その他の添付書類>

- ◆長期入院該当のときは、領収書の写し等入院期間の確認ができる書類