

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

被保険者(申請者)情報	被保険者証の 記号 番号	事業所 の名称	・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。			
	氏名 (フリガナ)	生年月日		年	月	日
	住所 (〒 -)	都(道) 府(県)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

認定対象者	療養を受ける方 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月				

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
	住所 (〒 -)	都(道) 府(県)				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
宛名						

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。					※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。
	氏名	被保険者との関係				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行 の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()		

長期入院欄	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です。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	合計 日間	申請を行った月以前1年間の入院期間を下記にご記入の上、日数が確認できる保険医療機関等の領収書(写)を添付してください。
	1 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 年 月 日まで	日間		
入院した保険医療機関等	名称	所在地		

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。

市区町村長 証明欄	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。	受付日付印 印
	市区町村長名	

添付書類	◆【低所得者(70歳未満)・低所得者Ⅱ(70歳以上)】:市町村民税非課税証明書。(上記証明欄に証明がある場合は不要)	健保組合使用欄 NO 作成者印 才・Ⅱ・Ⅰ
	◆【低所得者Ⅰ(70歳以上)】:被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得が0円になることが確認できる市町村民税非課税証明書及び公的年金等源泉徴収票等。	
	◆【「限度額適用・標準負担額減額認定」の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方】:福祉事務所長等の「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」又はこれらの写しに福祉事務所長等が原本証明したもの。	
	◆【長期入院の場合】:入院期間(日数)を確認できる保険医療機関等の領収書の写し	

上記のとおり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。 令和 年 月 日

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	大阪装粧健康保険組合 (R3.3)
-----------------------	-------------------