

常務理事	事務局長	次 長	業務課長	担当課長	係 長	係

健康保険

限度額適用・  
標準負担額減額認定申請書

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号・番号	—		勤め先 事業所名			
	被保険者 氏名			被保険者 生年月日	昭 和 平 成	年	月 日
	認定対象者 氏名			認定対象者 生年月日	昭 和 平 成 令 和	年	月 日
	被保険者との 続柄		住所	〒 - TEL ( )			
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						
	【確認事項】 ・ マイナ保険証の利用登録をされている方は、 本申請の処理が完了次第、 <u>マイナ保険証による受診時に標準負担額減額の情報が反映されます。</u> ※標準負担額減額認定証の提示は不要です。 ・ 資格確認書をお持ちの方（マイナ保険証の利用登録がされていない方）には標準負担額減額認定証の発行が必要です。 下記の発行要否欄にて「発行が必要」に✓を入れてください。 標準負担額減額認定証が発行されましたら、速やかに医療機関の窓口へ提示してください。						
	標準負担額減額認定証 発行要否		<input type="checkbox"/> 発行不要（マイナ保険証 登録済） <input type="checkbox"/> 発行が必要（マイナ保険証 未登録） ※「発行が必要」の場合 希望送付先 → <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 被保険者住所				
備考							

長期入院		※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。				該当 ・ 非該当	
ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入して下さい。					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	
	入院を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	
	入院を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	
	入院をした保険医療機関等	名 称					
		所在地					
④	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	
	入院をした保険医療機関等	名 称					
		所在地					

◆裏面の添付書類をご添付ください。  
※お住まいの役所にて下記証明欄に署名いただくことで添付書類が省略できます。

市区町村長が 証明する欄 ※注)	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。  市区町村名 印
------------------------	---

受付印

※注)添付資料がない場合で、マイナンバーでの情報照会結果が確認できなかったときには添付資料をご提出いただきます。(証明欄に記載を受けた場合は不要)

添付書類をご用意ください。

住民税非課税の方	○被保険者の住民税の（非）課税証明書（原本） ※申請書の証明欄に記載を受けた場合は不要
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 後の所得がない方	○被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類 （所得証明書など）

（例）令和4年中に収入が全くない世帯の場合

・令和5年8月分～令和6年7月分：令和5年度（令和4年中収入）の証明書

「限度額適用・標準負担額減額認定」 の低所得者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	○「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」
長期入院（申請月以前の1年間で 90日を超えて入院）される方	○入院期間を証明する書類 （入院期間が記載されている領収書など）