

負傷(ケガ)による療養の場合は、負傷原因届を添付してください。

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 令和			
	住所	(〒 -)				都 道 府 県
	電話番号 (日中の連絡先)	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 <input checked="" type="checkbox"/>)						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 平成			
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 令和				
療養する方は、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ます。			<input type="checkbox"/> はい	▶ 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。			
			<input type="checkbox"/> いいえ				

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。					
	氏名		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> その他	()	

※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。
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

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、備考欄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。また、マイナンバーが記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」などの添付が必要となります。)

(R2.12)

受付日付印

備考欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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)	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 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		
5 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		

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①～③のいずれかの方法により申出を行ってください。

 ①「(非)課税証明書」原本の添付

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付して下さい。
※4月から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「(非)課税証明書」を添付ください。

 ②市区町村長からの証明

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より証明を受けてください。

市区町村長が 当該被保険者は平成 年度の 市区町村長名
証明する欄 市区町村民税が課されないことを証明する。

印

※4月から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を受けてください。

 ③マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望

被保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。

1月1日の 住民票住所 (〒 -)

※平成28年8月～平成29年7月診療分は、平成28年1月1日の住所を、平成29年8月～平成30年7月診療分は平成29年1月1日の住所を記入してください。