

限度額適用・標準負担額認定申請書 記入例

服装 健康保険組合 | 業務課 03-3946-8561

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。
- 家族（被扶養者）の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 療養を受ける方（認定証を使用される方）の氏名などをご記入ください。
- 認定証を必要とする期間をご記入ください。
認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。（最大1年間の有効期限を設定し交付します。）
- ケガの場合、ケガをした日付やそのときの状況をできるだけ詳しくご記入ください。
ケガの原因が第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。
- 申請月以前の1年間にすでに90日を超えて入院されている場合はご記入ください。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。該当の場合は、入院した期間（日数）や医療機関名などご記入のうえ、該当する期間が記載されている領収書の写しを添付してください。
- 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。
その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。
- 被保険者本人が非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「（非）課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。
注1：診療された方が扶養家族であっても、被保険者の「（非）課税証明書」が必要です。
注2：診療を受けた月が7月までは「前年度分」、8月以降は「当年度分」となります。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

認定証の発行

マイナ保険証を利用されている方には認定証は発行されません。この申請の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。（資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。）

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書		常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者
市区町村民税非課税者などの低所得者用							

申請年月日 令和 〇年 〇月 〇日 (健保組合使用欄)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	(株)〇〇〇〇
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 (押印不要)	生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日
	住所	〒110-0000 東京都墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先)	090(1234)〇〇〇〇
			提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

対象者	受診者 認定証を使用される方	氏名 健保 太郎 続柄 本人	療養予定期間	令和 〇年 〇月 〇日から 令和 〇年 〇月 〇日まで
	傷病名	右膝靱帯損傷 (受診することとなった原因: ケガ・ケガ以外)		
	ケガが原因の場合(注2)	いつ 平成 〇年 〇月 〇日(土) 私用中・休日中・通勤途中・業務中	そのときの状況	飲食店に入ろうとしたところ、階段から転落した。
	長期入院	該当 非該当	長期入院とは、申請月以前の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。(該当の場合は下欄をご記入ください。)	
	①申請日前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで	医療機関名	所在地
②申請日前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで	医療機関名	所在地	
③申請日前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで	医療機関名	所在地	

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。(最大1年間の有効期限を設定し交付します。)

注2: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

注3: 「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先	住所(注3)	〒110-0000 東京都 台東区〇〇 X-X-X △△病院××科〇〇号室	電話番号 (日中の連絡先)	090(1234)〇〇〇〇
	あて名	健保 太郎	被保険者との関係	本人

注3: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

注4: 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「（非）課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

市区町村が証明する欄	当該被保険者は、平・令 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名	印
------------	--	---

注: 4月〜7月診療分については、前年度の課税に関する証明、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となります。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--