

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	担当

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者用

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号 1234	番号 5678
	氏 名	(フリガナ) ケンホ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭(平) 〇 〇 年 〇 月 〇 日
	住 所	〒 110 - 0000 東京都(都) 中央区 〇 〇 × - × - × 〇 〇 マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇 〇 〇 〇
	事業所名称		

【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。

認 定 対 象 者	受診者 認定証を 使用される方	氏 名 健保 花子 続 柄 妻 生年月日 昭・平(令) 〇 〇 年 〇 月 〇 日	療養予定期間 認定証を必要 とする期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで
	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ます。(該当の場合は下欄をご記入ください。)	
	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	
	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	
	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	

○ 上記「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)	〒 - 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()
	あて名	被保険者 との関係	

注: 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。

○ 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。

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日 受付日付印