

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

|                                                                                                  |         |                                               |                                                                                                                                                                                              |                             |   |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---|----------|
| 認定対象者欄                                                                                           | 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 |                                                                                                                                                                                              |                             |   |          |
| 療養する方は、長期入院されましたか。<br>※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  「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。 |                             |   |          |

|       |                                          |                   |   |   |  |  |
|-------|------------------------------------------|-------------------|---|---|--|--|
| 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<br>(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                                                                     |          |  |
|        | 電話番号<br>(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<br><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

(R2.12)

受付日付印

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

市区町村長証明欄

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

当該被保険者(氏名 )は平成( )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

※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。

マイナンバーによる非課税証明確認を希望の場合は、下記に被保険者のマイナンバーを記載のうえ、マイナンバーカードの写し(通知書の場合は本人確認のための証書も添付)を添付してください。

被保険者のマイナンバー

非課税年度1月1日時点の住所

県 市