

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
非課税などの
低所得者用

1

2

被保険者(申請者)記入用

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
	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
	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	
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	
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	
入院した 保険医療機関等	名称		
	所在地		

当組合では、マイナンバーを活用することにより、添付省略を削減しています。
認定にあたって非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号等を記入してください。

非課税者の情報	診療月が 1月～7月の場合	「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号 〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
			市区町村名	<input type="text"/>		
	診療月が 8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号 〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
			市区町村名	<input type="text"/>		