

※認定対象者はマイナンバーカードを持っていますか？

☐ 持っていない☐ 持っている → 限度額適用認定書の申請は不要。
マイナ保険証をご利用ください。健保
記入
欄

常務理事

事務長

担当者

被
保
険
者
情
報被保険者
記号・番号

記号

番号

生年月日

年

月

日

☐ 昭和☐ 平成☐ 令和

年

月

日

氏名

(フリガナ)

店番

店名

住所

(〒 ー)

(都道
府県)電話番号
(日中の連絡先)

TEL ()

認
定
対
象
者
欄

療養を受ける方

氏名

生年
月日☐ 昭和☐ 平成☐ 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。
※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。☐ はい
☐ 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

希望送付先

いづれかに○を記入ください

勤務先・自宅・その他

その他のところに
送付希望する場合
の送付先

住所

宛名

〒 ー

電話 ()

続柄

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

(R7.1)

受付日付印

被保険者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、備考欄に記入ください。
(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。)

備 考 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
証明する欄当該被保険者は平成 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

(〒 -)

※令和4年8月～令和5年7月診療分は令和4年1月1日の住所を、令和5年8月～令和6年7月診療分は令和5年1月1日の住所を記入してください。