

		常務理事	事務長		担当者
同年月日	平成 年 月 日				
決裁年月日	平成 年 月 日				
交付年月日	平成 年 月 日				

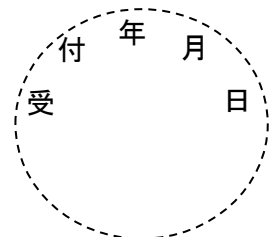
健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 【1/2】

被保険者証の 記号 - 番号	-		所属事業所 の名称(SC)			
被保険者	氏名	〒 (印)		生年月日	昭・平	年 月 日
	住所	TEL ()				
適用対象者 <small>※被保険者本人の 場合は記入不要</small>	氏名			性別	男・女	
	生年月日	昭・平	年 月 日	被保険者 との続柄		
交付必要期間 (入院予定期間など)						
認定証送付先住所 <small>※未記入の場合は被保険者 の住所へ送付します</small>	〒		TEL ()			
	宛名					
傷病の原因は第三者の行為(交通事故・けんか・食中毒等)によるものですか?					はい・いいえ	
申請書には必ず被保険者証(写し)の添付をしてください。					確認 <input type="checkbox"/>	
被保険者の非課税証明書を添付するか、市区町村長の証明を受けてください(2枚目)。 <small>※証明の年度に注意してください。詳細は2枚目の【確認事項】をご覧ください。</small>					確認 <input type="checkbox"/>	
適用対象者について、過去1年で90日を超える入院がある場合は、2枚目に 入院期間を記入し、入院時の領収書を添付してください。					確認 <input type="checkbox"/>	

注) 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合には以下の申請代行者欄にご記入ください。
認定証の送付先は上記の「被保険者住所」、または「認定証送付先住所」となりますのでご注意ください。

申請代行者	氏名			被保険者 との関係		
	住所	〒		TEL ()		
申請代行の理由		1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他 ()				

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額証認定証の交付を申請します。平成 年 月 日



健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 【2/2】

対象者について、申請日前1年間で入院期間が90日を超える場合は、下記を記入し、医療機関発行の食事代（標準負担額）がわかる領収書を添付してください。

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	

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、（非）課税証明書の添付が必要です。

市区町村が証明する欄	当該被保険者（氏名 _____）には、_____年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 <div style="text-align: right;">市区町村長名 _____ ⑩</div>
------------	---

【確認事項】

非課税の証明について：

申請期間が属する年度の課税状況がわかる証明が必要です（但し4月～7月の場合は、前年度の証明）

例）H25.5月に入院 → 前年度（H24年度：H23年中の収入）の証明

H25.8月に入院 → 当年度（平成25年度：H24年中の収入）の証明 が必要です。

有効期限は7月31日までです。継続して必要な場合は、新しい年度の証明と共に再申請してください。

長期該当について：

過去1年間で入院日数が合計90日を超える場合は、食事の標準負担額が軽減されます。

証の発行を受けた後で入院日数が90日を超えた場合は、再度申請書類を提出し、長期該当の証の発行を受けてください。

		常務理事	事務長		担当者
同年月日	平成 年 月 日				
決裁年月日	平成 年 月 日				
交付年月日	平成 年 月 日				

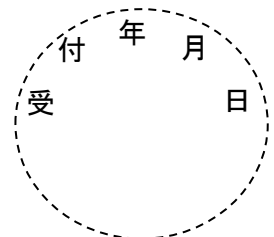
記入例 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 【1/2】

被保険者証の 記号 - 番号	1000 - 1234	所属事業所 の名称(SC)	渡辺パイプ株式会社 (〇〇SC)		
被保険者	氏名	健保 太郎 (健保)	生年月日	(昭)・平 45年 6月 6日	
	住所	〒130-0000 TEL 03 (0000) 0000 東京都〇〇区〇〇〇-0-0			
適用対象者 <small>※被保険者本人の 場合は記入不要</small>	氏名	健保 花子	性別	男・(女)	
	生年月日	(昭)・平 50年 10月 10日	被保険者 との続柄	妻	
交付必要期間 (入院予定期間など)	平成26年 5月 10日 ~ 1週間程度				
認定証送付先住所 <small>※未記入の場合は被保険者 の住所へ送付します</small>	〒		TEL ()		
	宛名				
傷病の原因は第三者の行為(交通事故・けんか・食中毒等)によるものですか?	はい・(いいえ)				
申請書には必ず被保険者証(写し)の添付をしてください。	確認 <input checked="" type="checkbox"/>				
被保険者の非課税証明書を添付するか、市区町村長の証明を受けてください(2枚目)。 <small>※証明の年度に注意してください。詳細は2枚目の【確認事項】をご覧ください。</small>	確認 <input checked="" type="checkbox"/>				
適用対象者について、過去1年で90日を超える入院がある場合は、2枚目に 入院期間を記入し、入院時の領収書を添付してください。	確認 <input checked="" type="checkbox"/>				

注) 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合には以下の申請代行者欄にご記入ください。
認定証の送付先は上記の「被保険者住所」、または「認定証送付先住所」となりますのでご注意ください。

申請代行者	氏名		被保険者 との関係	
	住所	〒 TEL ()		
申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他 ()			

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額証認定証の交付を申請します。平成 年 月 日



健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 【2/2】

対象者について、申請日前1年間で入院期間が90日を超える場合は、下記を記入し、医療機関発行の食事代（標準負担額）がわかる領収書を添付してください。

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 25 年 6 月 10 日から 平成 25 年 7 月 5 日まで	26 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 ○○総合病院 所在地 ××県○○市1-1-1	
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 25 年 10 月 1 日から 平成 25 年 10 月 10 日まで	10 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 ○○総合病院 所在地 ××県○○市1-1-1	
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 26 年 1 月 1 日から 平成 26 年 2 月 28 日まで	59 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 ○○大学附属病院 所在地 ××県○○市△△111	
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	

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、（非）課税証明書の添付が必要です。

市区町村が証明する欄	当該被保険者（氏名 健保 太郎 ）には、 <u>25</u> 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 <u>市区 一郎</u>
------------	--

【確認事項】

非課税の証明について：

申請期間が属する年度の課税状況がわかる証明が必要です（但し4月～7月の場合は、前年度の証明）

例）H25.5月に入院 → 前年度（H24年度：H23年中の収入）の証明

H25.8月に入院 → 当年度（平成25年度：H24年中の収入）の証明 が必要です。

有効期限は7月31日までです。継続して必要な場合は、新しい年度の証明と共に再申請してください。

長期該当について：

過去1年間で入院日数が合計90日を超える場合は、食事の標準負担額が軽減されます。

証の発行を受けた後で入院日数が90日を超えた場合は、再度申請書類を提出し、長期該当の証の発行を受けてください。