

# 記入例

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証

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

※ マイナンバーカードを健康保険証として利用できるマイナ保険証の登録はお済みでしょうか？登録済の方につきましては、マイナ保険証にて受診して頂く事で、限度額適用・標準負担額減額認定証の提示は不要となっております。マイナ保険証をご利用ください。マイナ保険証の登録をされていない方等で、交付を希望される方につきましては、下記項目をご記入頂き、申請してください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号 1234	番号 5678		生年月日			
	(フリガナ)	ケンポ タロウ			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和			
	氏名	健保 太郎			<input type="checkbox"/> 平成	50	年 1 月 1 日	
	住所	〒453-0015 愛知県名古屋市中村区椿町3番21号					<input type="checkbox"/> 令和	
	電話番号 (日中の連絡先)	052-451-0291						
	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委託します。(委託する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )							

認 定 対 象 者	療養を受ける方 ※被保険者の場合は記入不要です。					
	(フリガナ)				生年月日	
	氏名				<input type="checkbox"/> 昭和	
					<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
				<input type="checkbox"/> 令和		
療養予定期間	※記載がない場合は、受付した月の1日から1年間で作成します。 令和 年 月 ~ 令和 年 月					

希 望 送 付 先	基本的に事業所経由でのお渡しとなります。別途送付希望がある方のみご記入ください。					
	住所	〒				
	電話番号 (日中の連絡先)					
	宛名					

申 請 代 行 者	「申請代行者欄」は被保険者および療養を受ける方以外が申請する場合にご記入ください。					
	(フリガナ)			被保険者との関係		
	氏名			申請代行の理由		
	電話番号 (日中の連絡先)			<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため		
			<input type="checkbox"/> その他( )			

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。 令和 6年 2月 1日

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付

記入例

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		31 日間		
	1 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		2023年 1月 1日から 2023年 1月 10日まで 10 日間		
	入院した保健医療機関等	名称	〇〇病院		
		所在地	名古屋市〇〇区〇〇町〇番地		
	2 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		2023年 1月11日から 2023年 1月 31日まで 20 日間		
	入院した保健医療機関等	名称	△△病院		
		所在地	名古屋市△ △区△ △町△番地		
	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
	入院した保健医療機関等	名称			年
		所在地			月
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	
入院した保健医療機関等	名称			年	
	所在地			月	
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	
入院した保健医療機関等	名称			年	
	所在地			月	

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

②「(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」を添付してください。

③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 当該被保険者は令和 年度の 市区町村長  
証明する欄 市区町村民税が課されないことを証明す名



※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。