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

被保険者情報

	記号	番号	生年月日
被保険者証の（右づめ）			□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒 － ）		都道府県
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

□ 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	□ 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 → 「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。
□ いいえ

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（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（日中の連絡先）	TEL （ ）	申請代行の理由	□ 被保険者本人が入院中で外出できないため □ 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

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・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

被保険者のマイナンバー記載欄

（R2.12）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

日本赤十字社健康保険組合
Japanese Red Cross Society Health Insurance Association

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 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	(〒 ー)

※平成28年8月～平成29年7月診療分は、平成28年1月1日の住所を、平成29年8月～平成30年7月診療分は平成29年1月1日の住所を記入してください。

日本赤十字社健康保険組合
Japanese Red Cross Society Health Insurance Association