

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	(〒 -)
----------------	--------

※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。