

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)	平成	年	月	日	から	平成	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)	平成	年	月	日	から	平成	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)	平成	年	月	日	から	平成	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)	平成	年	月	日	から	平成	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)	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称										
	所在地										

市区町村長証明欄	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、別に(非)課税証明書の添付が必要です。
	当該被保険者(氏名)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~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が必要となります。