

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

決 裁			
常務理事	事務長	課 長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書

※被保険者の非課税証明書の添付が必要です

申請日 令和 年 月 日

被保険者情報	記号・番号	16 -	被保険者氏名	フリガナ
	被保険者住所	〒 -		生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日

認定証交付申請する対象者	交付対象者	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
	認定証送付先	いずれかに○ 自宅・事業所 その他 ※	〒 -	※その他の場合、記入ください。 ☎ - -

長期入院に該当する場合記入	長期入院	該当・非該当	(長期入院とは申請日前1年間に90日を超える入院があった場合)	
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 日 日 日 ~ 令和 日 日 日 (日間)	
		入院をした保険医療機関	名称	
			住所	
	②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 日 日 日 ~ 令和 日 日 日 (日間)	
		入院をした保険医療機関	名称	
	住所			

・市区町村が交付した被保険者本人の「非課税証明書」を必ず添付してください。

・資格を喪失した場合や、有効期限が切れた場合など使用後は認定証を返却してください。
有効期限経過後や、記号変更後に引き続き認定を受ける場合は、認定書を返却して再度申請が必要です。

・発行する認定証の有効期間は原則、申請した月の初日から次の7月末日までの最大12カ月間です。

健保記入欄	交付年月日	令和 年 月 日
	発行年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日
	事業所コード	標準報酬月額 千円

受付日付印