

市区町村民税非課税などの低所得者用

常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

被保険者証の記号・番号			
被保険者	氏名	所属名	
	生年月日		
認定対象者 (療養を受ける方)	氏名	被保険者 との続柄	
	生年月日		
被保険者の住民票住所	〒	—	TEL ()
療養予定期間	年 月 日	～	年 月 日

長期入院	該当・非該当
※ 長期入院とは、申請を行う以前1年間にすでに90日以上入院していることです。 ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院に限ります。	

長期入院に該当する方のみ記入してください。

①	申請日前1年間の入院期間	月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院した保険医療機関など	名称 所在地
②	申請日前1年間の入院期間	月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院した保険医療機関など	名称 所在地
③	申請日前1年間の入院期間	月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院した保険医療機関など	名称 所在地

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。

注) 申請書受付月より前の月の健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証は交付できません。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続なく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

【添付書類】

- (非)課税証明書の原本（「市区町村長が証明する欄」に証明を受けたときは省略可）
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～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です。
- 長期入院に該当する場合は、医療機関の領収書等入院期間の確認できる書類の写し

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者は、 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
-----------------	---

2024.2.2改訂