2023.4

※ 適用	標準報酬月額
オ	千円

※は記入しないでください。

常務理事	事務長	課 長	課長代理	係 長	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		41 － 25	事業所	名 称	トライ㈱	
	被保険者	氏 名	鳥 取 二 郎		所在地	中野区○○1-1-10	
		生年月日	昭和・平成 32年 6月 11 日				
	認定対象者	氏 名	鳥 取 二 郎	被保険者との続柄		本人	
		生年月日	昭和・平成・令和 32年 6月 11 日				
	被保険者の住所(送付先)		〒184-0012 東京都小金井市2-17-○151				
	長期入院(入院日数90日以上)		該当 ・ 非該当				

ここから下は長期入院該当者として申請する者のみ記入してください。 入院日数合計(日数)

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		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		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		日間
	入院した保険医療機関等	名		
		所在		

マイナンバーの情報連携による添付書類省略の意思表示を確認する欄となっておりますので①・②のいずれかを選択してください。

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。 年 月 日

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①～②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ください。
※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 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 ㊞

※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。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

令和 3 年 7 月 3 日
受付年月日