

健康保險 限度額適用・ 標準負担額減額認定申請書

市区町村民税・非県税などの低所得者用

減

低所得（住民税非課税等）に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

認定 対象者 情報	氏名 (カタカナ)																				
	姓と名の間は「マス空」で記入ください。濁点(「)と(」)は「」字として記入ください。																				
生年月日	<input type="checkbox"/>	1. 昭和	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		年	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		月	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		日				
3. 令和																					
備考																					

上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。		
送付希望先欄	住所	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 〒 <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>
		<input style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 50%; margin-right: 5px;" type="radio"/> 都道 <input style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 50%; margin-right: 5px;" type="radio"/> 府県
宛名	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 電話番号 (左づめハイフン除く) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>	

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。									
	氏名	被保険者との 関係								
電話番号	<input type="text"/>									
	申請代行の 理由									

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。

健 保 記 入 欄	交付年月日	年 月 日	常務理事	事務長
	発送日	年 月 日		
	発効年月日	年 月 日	担当	担当
	有効期限	年 月 日		
	適用区分	ア イ ウ エ オ		

受付日付印

(2024. 4)