

令和	年	月	日
部長	課長	担当者	

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号			
被保険者	氏名		
	生年月日	昭・平	年 月 日
事業所	名称		
	所在地	〒	
対象者	氏名		被保険者との続柄
	生年月日	昭・平・令	年 月 日 性別 男・女
	住所	〒 (電話)	
交付必要期間(*3)		令和	年 月 から 令和 年 7 月末
受診理由は、 ケガによるものですか		はい・いいえ ※『はい』の場合は、負傷届を必ず添付してください。	

長期入院(*1)	該当・非該当		
ここから下は長期該当者として申請する方のみ記入してください。			入院日数合計 日間
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	

上記の通り下記(\*2)を添えて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。

受付年月日

- \*1 長期入院は、入院期間が90日を超えた場合となります。  
長期入院の場合は、入院期間を確認できる書類等を添付してください。
- \*2 この申請書に添えて、市区町村長が証明する被保険者の非課税証明書を提出してください。
- \*3 発効年月日は申請があった日の属する月の初日となります。有効期限より前の診療については高額療養費に該当した場合、後日支給となります。  
有効期間 ⇒ 申請した月の1日から7月31日(最大1年間)